

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE .

N°

569

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE MERCREDI JUILLET 1898, A 1 HEURE

Par le Dr Eugène FRANÇOIS

ÉTUDE SUR LA LYPÉMANIE ANXIEUSE

Aperçu historique.—Séméiologie, Etiologie et Pathogénie.

Traitement ; Considérations sur les asiles d'aliénés

« On a dit souvent que la science est encombrée de faits
« dont la coordination est devenue impossible. Mais cet
« encombrement porte sur des faits mal observés, sur des
« descriptions confuses, sur des détails incohérents. »
(Introd. des *Annales médicales psychologiques*, 1843, .

« C'est à l'observation ultérieure, faite dans des condi-
« tions plus favorables et sous l'influence de principes de
« direction plus vrais et plus féconds, qu'il faut en appeler
« pour contrôler et rectifier l'observation. »

J.-P. FALRET. De la non-existence de la monomanie,
Archives générales de médecine, août 1854.

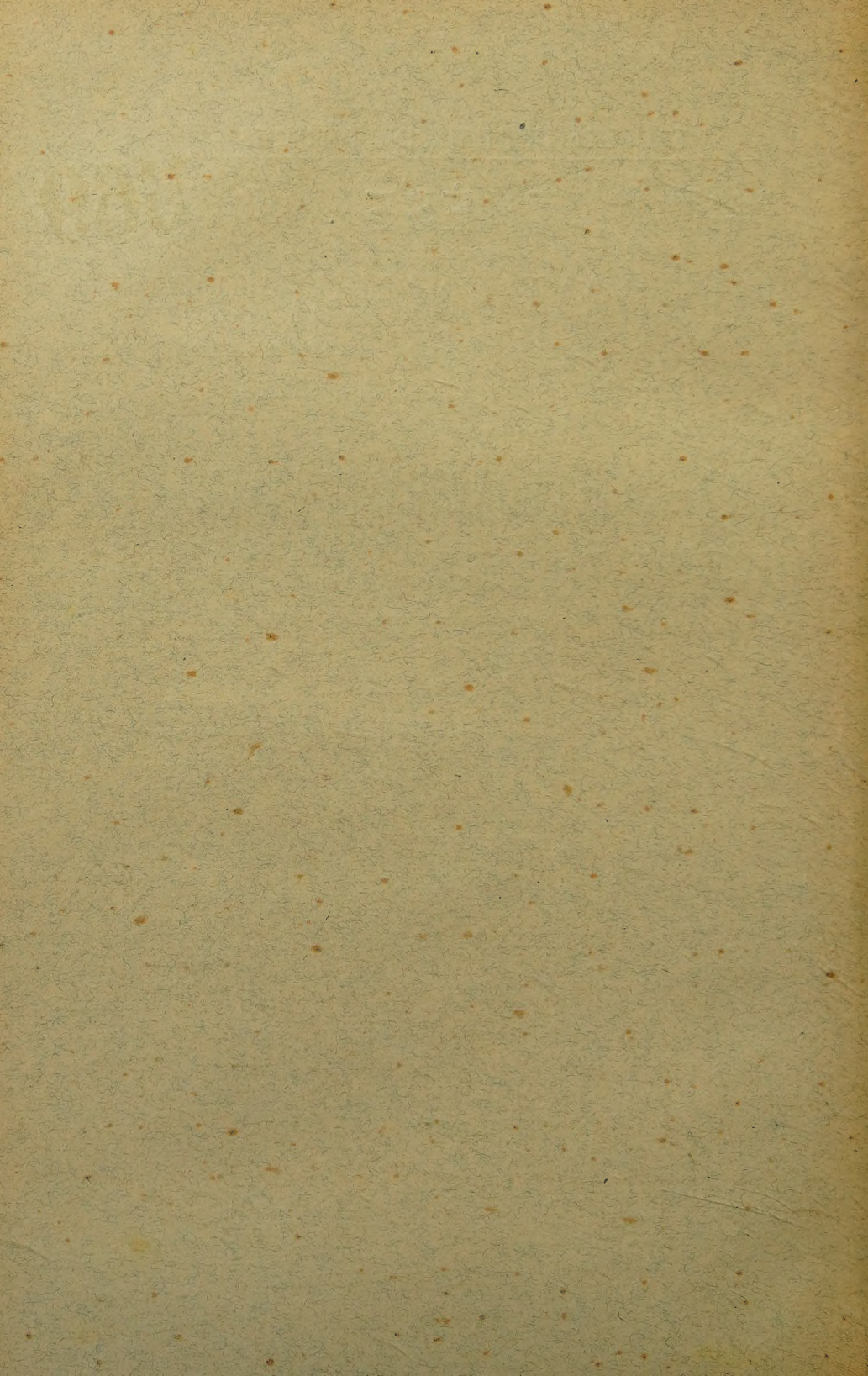
Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : M. SCHWARTZ, agrégé.
M. BALLET, agrégé.
M. MÈNETRIER, agrégé.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, Rue Racine, 3

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

569

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE MERCREDI JUILLET 1898, A 1 HEURE

Par le Dr Eugène FRANÇOIS

ÉTUDE SUR LA LYPÉMANIE ANXIEUSE

Aperçu historique.—Sémiologie, Étiologie et Pathogénie.
Traitement; Considérations sur les asiles d'aliénés

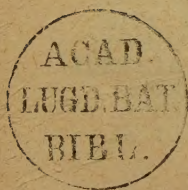
« On a dit souvent que la science est encombrée de faits
« dont la coordination est devenue impossible. Mais cet
« encombrement porte sur des faits mal observés, sur des
« descriptions confuses, sur des détails incohérents. »
(Introd. des *Annales médicales psychologiques*, 1843).

« C'est à l'observation ultérieure, faite dans des condi-
« tions plus favorables et sous l'influence de principes de
« direction plus vrais et plus féconds, qu'il faut en appeler
« pour contrôler et rectifier l'observation. »

J.-P. FALRET. De la non-existence de la monomanie,
Archives générales de médecine, août 1854.

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : { M. SCHWARTZ, agrégé.
M. BALLET, agrégé.
M. MÉNETRIER, agrégé.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, Rue Racine, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs.....

Anatomie.....	MM.
Physiologie.....	FARABEUF
Physique médicale.....	CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.....	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BLANCHARD.
Pathologie médicale.....	BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	HUTINEL.
Histologie.....	LANNELONGUE
Opérations et appareils.....	CORNIL.
Pharmacologie.....	MATIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.....	TERRIER.
Hygiène.....	POUCHET.
Médecine légale.....	LANDOUZY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	PROUST.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BROUARDEL.
	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....	{	POTAIN.
	{	JACCOUD.
	{	HAYEM.
	{	DIEULAFOY.
	{	GRANCHER.
	{	FOURNIER.

Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DUPLAY.
Clinique des maladies nerveuses.....	LE DENTU.

Clinique chirurgicale.....	{	TILLAUX.
	{	BERGER.
	{	PANAS.
	{	GUYON.
	{	BUDIN.
	{	PINARD.

MM.

Agrégés en exercice :

ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THOINOT.
ALBARAN.	GILBERT.	MENETRIER.	TUFFIER.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	VARNIER.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	WALTHER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER. (ch. des trav. anat.)	WEISS.
BROCA.	HARTMANN.	REITTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	HEIM.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	ROGER.	
Pierre DELBET.	LETULLE.	SEBILLEAU.	
FAUCONNIER.	MARFAN.	THIERY.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

HOMMAGE DE MON PROFOND RESPECT

A MES MAITRES

PRÉFACE

Plusieurs années de notre vie d'étudiant se sont écoulées dans les asiles de province, et, quoique la plupart du temps, sans guide, nous nous sommes attaché à l'étude des maladies mentales. Nous souvenant de la maxime d'Esquirol : « Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir » (1), nous avons commencé par aimer les fous avant d'essayer de les comprendre. Rien de ce qui les touche ne nous a été indifférent ; et si, dans cette étude consacrée plus spécialement à la lypémanie anxieuse, nous avons effleuré, à propos du traitement et de l'assistance médicale, un point de déontologie, c'est que, en même temps que nous étions frappé des lacunes et des vices des établissements hospitaliers où ils sont maintenus, nous nous sommes senti parfois douloureusement touché par le spectacle de certaines négligences et de certains abus.

On ne s'initie pas facilement seul à une science aussi complexe que la psychiatrie. On ne s'y prépare que difficilement au sein des Facultés de médecine, où l'on acquiert

(1) ESQUIROL, *Maladies mentales*, 1838.

des habitudes d'esprit très utiles, mais souvent insuffisantes en elles-mêmes pour l'exploration du domaine de la folie, de la psychologie morbide, si incertain, si mouvant et si indécis dans ses limites. Aussi les aliénés sont-ils restés longtemps pour nous autant d'énigmes. Nous nous sommes instruit en quelque sorte malgré nous, en vivant au milieu d'eux, en écoutant leurs doléances, en appréciant ce qui reste d'intelligence et de sensibilité en ces cerveaux désorganisés. Tenu par devoir professionnel, pour la rédaction des observations, de suivre attentivement les nouveau-venus, aidé de quelques lectures, on débrouille le chaos, on compare, on groupe ; des notions précises se dégagent. Alors l'intérêt vient. Puis, comme pour les autres branches de la pathologie, où des problèmes ardues se posent, on finit par éprouver une véritable joie à faire sortir le diagnostic des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

C'est ainsi que, petit à petit, on peut acquérir les premiers éléments de la science mentale.

Nous avons travaillé sans guide, disions-nous. Pourtant, les enseignements ne nous ont point complètement manqué.

A l'époque déjà lointaine où le professeur Ball occupait encore la chaire de Sainte-Anne, nous avons entendu maintes fois sa parole, toujours chaude et lumineuse, au tour si finement ironique. Qu'il nous soit permis de rendre un humble et pieux hommage à la mémoire de cet aliéniste, dont ceux-là même qui n'ont fait que l'approcher n'ont pu manquer de garder le souvenir.

Plus tard, les cliniques de M. le docteur Magnan, celles de M. le docteur Séglas, ont été pour nous une révélation de la psychiatrie.

A la Salpêtrière, les leçons de M. le professeur Raymond, les conférences de M. le docteur Déjerine, nous ont fourni longtemps un aliment intellectuel.

Tout récemment, à Sainte-Anne, nous avons pu nous instruire encore en suivant les cliniques de M. le professeur Joffroy, dans le service duquel nous avons reçu le plus bienveillant et le plus précieux accueil.

Nous tenons à déclarer ici, combien nous apprécions l'honneur que ce maître nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous croirions enfin manquer à un devoir, si nous ne disions que la plupart de nos observations ont été prises à l'asile du Mans, sous les yeux de M. le docteur Journiac, ancien interne des asiles de la Seine, qui a bien voulu faciliter notre tâche et encourager nos efforts, et à qui nous exprimons notre vive gratitude.

TRAITEMENT

Considérations sur les asiles d'aliénés.

Les aliénistes ont-ils trouvé pour la mélancolie un traitement particulier, systématique, ayant un résultat prévu, et pouvant être appliqué dans tous les cas? Nous n'en connaissons pas qui remplisse ces conditions. En pathologie ordinaire, il faut se souvenir que chaque individu fait sa maladie à sa manière, et savoir peser les indications avant d'intervenir.

Mais l'étude de la symptomatologie fournit quelques données générales à la thérapeutique. C'est ainsi que plusieurs auteurs, signalant les troubles digestifs assez communs chez les mélancoliques, et l'insomnie à peu près constante, insistent d'une part sur la nécessité d'un régime alimentaire approprié, et d'autre part sur l'emploi des hypnotiques. Ce serait là en quelque sorte la base du traitement. Je partage cette manière de voir, avec une réserve toutefois, en ce qui concerne l'alimentation : c'est que la dyspepsie ne m'a point paru aussi fréquente qu'on l'a dit, et que le refus de toute nourriture, qui est souvent la conséquence d'un délire, a pu faire illusion.

Lorsqu'elle existe, l'emploi judicieux du bicarbonate de soude à haute dose a donné de bons résultats (1). Les fermentations anormales ont été également traitées avec succès (2).

Quant au refus d'aliments, il est évident qu'il fournit une indication précise et absolue. Les tentatives de persuasion ne servent la plupart du temps qu'à irriter le malade. Il faut savoir prendre, au moment opportun, et avec fermeté le seul parti qui convienne : l'introduction de la sonde œsophagienne. Je ne décrirai pas ici dans ses détails le manuel opératoire de cette petite opération, trop négligée et souvent très mal pratiquée dans les asiles. Je me contenterai de signaler, après beaucoup d'autres auteurs, le danger d'une fausse route par le larynx et la trachée, en ajoutant qu'il peut toujours être évité si l'on procède avec méthode et avec lenteur. La sonde qui devra être employée dans tous les cas, est la sonde en caoutchouc vulcanisé, la même, sauf le calibre et la longueur, que celle dont on se sert pour l'urèthre depuis Nélaton. Parfois, rarement, il faudra recourir à la sonde en gomme, plus rigide et plus apte à franchir l'obstacle opposé par la base de la langue et la contraction des muscles pharyngiens. La voie la plus facile et la plus sûre est la voie nasale, inaugurée il y a cent

(1) Un allemand. Von Noorden, et un suisse Pachond, ont trouvé un excès d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique de quelques mélancoliques, et ils ont administré le bicarbonate trois heures après le repas. *Ann. méd. psychol.* mars 1890.

(2) JOHN MACPHERSON « De la désinfection intestinale dans quelques formes des folie aiguë ». *The Journal of mental science*, janvier 1893.

ans par le chirurgien Desault (1), et adoptée plus tard par Esquirol. Le bouillon, le lait, avec ou sans jaunes d'œuf, avec ou sans poudre de viande, seront alors les aliments de choix. On pourra aussi profiter de la sonde pour administrer des médicaments, que les mélancoliques acceptent rarement de bon gré.

Contre l'insomnie, on a préconisé divers hypnotiques. L'opium et la morphine sont très employés par les aliénistes allemands et autrichiens, Mendel, Schule, Krafft, Ebing,. Le chloral, le trional, le sulfonal sont préférés en France ; le dernier serait même, d'après Mairet, de Montpellier, le médicament par excellence dans la mélancolie.

L'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, l'hypnotisme ne semblent pas au premier abord applicables au traitement de la mélancolie anxieuse. Les malades ne peuvent rien supporter ; tout ce qui se passe autour d'eux est une occasion de souffrance, à plus forte raison ce qui touche à leur personne. Lorsque je m'approche de madame A... elle s'écrie : « Vous voulez me faire du mal, j'en suis bien sûre ; vous voulez m'ouvrir le ventre, me faire quelque mauvaise opération ». Madame B... m'entend parler de ponction ; aussitôt elle prétend que je vais lui faire « une ponction de poudre dans le ventre et qu'elle en deviendra toute innocente ». Madame G... voyant des ouvriers poser un robinet, craint « qu'on ne lui fasse boire toute cette

(1) « Mémoire sur les moyens de nourrir les malades chez lesquels la déglutition est empêchée », in *Œuvres chirurgicales de Desault*, publiées par son élève BICHAT, 1798.

C'est à tort que l'on a attribué à Esquirol le mérite de cette pratique ; il n'a fait que l'appliquer aux aliénés.

eau qu'ils font couler » ; et s'il est question de bain devant elle, elle redoute « qu'on la mette dans l'eau bouillante. » Enfin Madame D... à qui je donne une douche tiède pendant la convalescence, présente aussitôt une nouvelle poussée d'angoisse délirante.

Toutefois, c'est seulement à l'épreuve que l'on peut apprécier une méthode de traitement, et je dois dire que le massage donne de bons résultats dans le service de M. le Professeur Joffroy, à Saint-Anne. Bien que ces derniers n'aient été jusqu'ici obtenus que dans des cas de dépression mélancolique, ils imposent l'attention et la réserve. Il n'en reste pas moins vrai, qu'il convient de veiller à tout ce qu'on dit et à tout ce qu'on fait en présence des anxieux, et qu'il importe également de se montrer prudent en ce qui touche les interventions hygiéniques et thérapeutiques. Ils sont d'une susceptibilité extrême et ont besoin de mille ménagements.

C'est auprès d'eux que le traitement moral reprend tous ses droits. Mais d'abord, sa première condition est l'éloignement des mélancoliques de leur milieu ordinaire, et pour le plus grand nombre d'entre eux l'internement dans une maison spéciale. L'éloignement, l'isolement : telles sont les deux premières mesures qui s'imposent. L'isolement, en face du médecin et de ses aides ! Et non au milieu d'autres malades, confondus et répartis au hasard sans souci des classifications mêmes les plus rudimentaires, comme cela existe en beaucoup d'asiles ; ni dans un *quartier de classement*, où l'on s'attache à grouper en des dortoirs et des réfectoires séparés les agités, les

semi-agites, les tranquilles, les gâteux, les idiots, les épileptiques ; ni même dans un *quartier d'observation* — création pourtant si désirable, si nécessaire ! — où l'on ne réunirait, pour les mieux suivre, les mieux traiter, que les cas de folie aiguë. L'anxieux a besoin d'une chambre particulière, loin du va-et-vient, des cris et des plaintes, loin du mouvement et du bruit, installée dans des conditions aussi riantes que possible. Le succès de la thérapeutique, de l'hygiène, du régime et de l'action morale sont à ce prix. Il a été récemment question du séjour au lit pour le traitement des psychoses curables (1). Quelle efficacité une pareille pratique peut-elle avoir, si le lit se trouve dans un dortoir, parmi ceux d'autres malades délirants, dont les gémissements ou les récriminations, dont les interprétations fausses, les accusations et parfois les invectives ne peuvent qu'aviver l'état d'irritabilité et de souffrance que l'on connaît ?

Cette condition essentielle étant posée, en quoi consiste le traitement moral ? Ce n'est pas, ainsi qu'on le croit généralement, dans la lutte directe contre les conceptions délirantes, ni dans des essais de persuasion touchant l'absurdité de la douleur morale ; du moins, un tact infini sera nécessaire dans l'emploi de ces moyens. Ce qui importe avant tout, c'est que le mélancolique sente, à partir de l'heure où il subit l'internement, qu'il se trouve bien dans une maison de traitement et non dans un refuge d'incurables. « Le médecin, écrit Esquirol, doit être le principe

(1) AL. BERNSTEINS, Action du séjour au lit, in *Ann. med., psych.* janvier-février 1897 ;

PAUL SÉRIEUX, *Revue de Psychiatrie*, août 1897.

de vie d'un asile d'aliénés ». Certes, je ne crois pas qu'on puisse se plaindre, comme au temps de Morel, « de l'existence pleine d'amertume que beaucoup d'administrations locales, en France, ont faite aux médecins aliénistes » (1). Ces derniers aujourd'hui se tiennent par la main, et ils sont assez forts pour se faire respecter. Aussi, n'est-ce point de cela qu'il est question.

Il importe, dis-je, que le médecin, en face de malades pareils à ceux qui font l'objet de ce travail, se souvienne plus particulièrement de la difficulté et de la hauteur de sa mission, et soit plus que jamais attentif à sa tâche, qu'il sache même au besoin faire jaillir de son propre fonds la source bienfaisante de la pitié : j'entends que les mélancoliques se sentent aimés par lui et trouvent auprès de sa personne comme un appui contre les suggestions de leur sensibilité exaspérée.

On se souvient qu'il y a chez eux absence du contrôle des sensations par le moi, et que l'action du pouvoir inhibiteur, ce *quos ego*... de la vie mentale à l'égard des centres sensitifs et moteurs, ne s'exerce plus ou s'exerce d'une manière insuffisante, on connaît la tendance invincible de notre activité intérieure à constituer sans cesse son unité, son harmonie, et on se rappelle les efforts inconscients de l'anxieux pour satisfaire à ce besoin d'assimilation et de synthèse, efforts qui par leur impuissance déterminent l'angoisse et aboutissent au délire. Il est facile de comprendre qu'un tel désarroi crée dans la conscience un état d'irritabilité particulier (hypéresthésie psychique) que,

(1) MOREL, *Traité des dégénérescences*, 1857, p. XI.

seules, les hautes et saines émotions qui, chez l'homme sain apportent à l'esprit inquiet ou accablé un peu de calme et d'énergie, parviendront à apaiser ou à modérer. Ces émotions, confuses, atténuées, mais encore bienfaisantes, proviendront ici des marques d'intérêt et de sollicitude données par l'entourage et surtout par le médecin, de l'affirmation constante à l'intérieur de l'asile de la dignité et de la solidarité humaines.

« C'est un petit gouvernement, dit Pinel, que la direction d'un hospice d'aliénés, et on y voit aussi les petites vanités et l'ambition dominer, s'agiter en divers sens, se heurter, donner lieu à des conflits tumultueux d'autorité, et devenir des foyers continuels de trouble et de discord (1) ». Ailleurs, insistant sur les qualités essentielles du cœur et de l'intelligence nécessaires chez tout aliéniste, il s'écrie : « Quel malheur pour les infortunés maniaques « d'être dirigés par une aveugle routine, d'être abandonnés « à l'insouciance d'un chef sans moralité et sans principes ! » Cette phrase, justifiée sans doute à l'époque de Pinel par quelques abus retentissants, et qui n'est pas, il faut avoir le courage de le déclarer, entièrement dépourvue d'actualité, cette phrase ne témoigne-t-elle pas des préoccupations du fondateur de la psychiatrie française concernant ce traitement moral dont on a souvent parlé depuis sans le comprendre (2) ?

Il consiste moins, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer,

(1) PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1809.

(2) J'ai eu, il y a quelques années, le triste avantage de le voir appliquer à la façon de Leuret, qui procédait par intimidation et employait la douche de punition.

dans la lutte prudente, douce et continue, contre les idées délirantes, que dans l'impression d'intelligente fermeté et de haute honnêteté qui doit se dégager pour les fous de la direction médicale et administrative de la maison, dont ils sont la seule raison d'être. On doit, en un mot, s'efforcer de créer autour d'eux une atmosphère morale bienfaisante.

Le grand mouvement commencé à la fin du siècle dernier, relativement à l'hospitalisation des aliénés par Pinel en France, par Tucke en Angleterre, par Reil et Langermann en Allemagne, a subi au cours du nôtre, des temps d'arrêt ; la lumière, alors répandue aux hideux cloaques où croupissait la pire misère des hommes, a eu ses heures d'éclipse partielle ou totale. Mais la vérité finit toujours par éclater, parfois déformée ou confuse, toujours suggestive et bonne.

On s'émeut d'une manière en quelque sorte périodique de la situation matérielle et morale de ces milliers d'infirmes de la raison qui peuplent nos asiles. Tout récemment encore il se dépensait en leur faveur beaucoup de zèle et d'érudition (1), beaucoup de tendresse aussi et d'éloquence passionnée (2). On discute aujourd'hui avec ardeur dans les congrès, au sein des sociétés savantes, dans les Revues de psychiatrie, dans des journaux politiques mêmes, sur le non-restraint ou suppression de tout moyen de contrainte, sur l'*open door* ou asile à portes ouvertes, sur la

(1) *Congrès des aliénistes tenu à Toulouse, 1897. G. DOUTREBENTE. De l'organisation médicale des asiles d'aliénés.*

(2) MARANDON DE MONTYEL, *Ann. méd. psychol.* 1897.

colonisation agricole et l'assistance familiale. Ces questions ont leur intérêt et leur importance ; peut-être sont-elles la formule de l'avenir, et je n'ai pas la prétention de les écarter d'un trait de plume. Seulement, il me semble que l'on subit un peu trop ici la fascination des mots, et que l'on a trop de tendance à faire reposer sur ces prétendus axiomes toute la science de l'aliénation mentale. Alors même qu'il serait prouvé — ce qui n'est pas — que ces méthodes fournissent les solutions les plus satisfaisantes de difficiles problèmes, faudra-t-il se désintéresser du sort des aliénés parce que, en l'état actuel des choses, elles ne comportent que des applications partielles et incomplètes ? Que le médecin d'asile veuille bien regarder autour de lui, au lieu de se laisser attirer vers la région lointaine des grands projets et des chimères, et il verra s'il est désarmé, s'il se trouve condamné à l'inaction !

Je pense qu'en matière de réformes, même spéciales, il faut se garder de l'esprit de système, et qu'un aliéniste d'intelligence et d'instruction moyennes, mais attentif et pénétré de sa mission, sans se rattacher à aucune école ni se recommander d'aucune formule, pourra tirer un réel parti, pour le traitement des malades qui lui sont confiés, de ressources insuffisantes et de locaux imparfaits, et saura, selon l'utilité ou le besoin, mettre à profit les conquêtes de la pathologie en général et de la psychiatrie en particulier. Et cette tâche, il devra s'y attacher d'autant plus qu'elle sera rendue plus difficile par l'insuffisance des moyens.

Est-ce à dire qu'on puisse se féliciter pleinement de l'installation et de l'organisation actuelles des services d'alié-

nés ? Non pas. J'ai gardé le pénible souvenir d'un asile de province dont on aurait pu dire en partie ce qui fut dit jadis en Angleterre, à la Chambre des Communes, à propos du prétendu hôpital modèle de Bedlam : « Cet établissement est la honte du pays ». C'était aussi un asile modèle, celui-là ! Qu'aurait-on pu penser des autres ?

La vérité, c'est que nous n'en avons peut-être pas un qui soit entièrement à la hauteur des besoins de la science contemporaine (1), et qu'il y en a peu — du moins en province — qui satisfassent aux vœux les plus modestes de la charité. Vieux pour la plupart, mal construits, mal agencés, insuffisants relativement au nombre des internés, il est difficile, impossible même d'y aménager ces indispensables quartiers de classement et d'observation, qui sont le salut des aliénés curables et la santé relative des aliénés tranquilles et travailleurs.

A l'asile de Quimper, auquel je faisais allusion plus haut, le quartier principal, le plus peuplé, eût tenté par son horreur la plume du Dante. L'encombrement y était effroyable, la saleté repoussante, et la vermine y régnait en maîtresse. Les cabinets d'aisance étaient représentés par des tonneaux ouverts, alignés dans la cour, le long d'un mur, et l'on y voyait, à toute heure du jour, deux ou trois malades assis, pantalon bas, jambes pendantes, le bord des douves leur coupant les cuisses. En l'espace de six mois, deux épidémies de choléra y éclatèrent, et il ne fallut rien moins que la frayeur causée par la perspective

(1) PAUL SÉRIEUX, *De l'assistance des alcooliques*, 1894.

Notice historique sur l'assistance des aliénés en Allemagne, in *Arch. de neurologie*.

d'un retour offensif et d'une dissémination possible dans la ville, pour hâter l'achèvement de bâtiments nouveaux dont la construction avait été décidée quatre ans auparavant (1).

Le scorbut sévissait d'une manière effroyable dans les établissements de fous du temps de Pinel. On n'a plus à compter avec lui aujourd'hui. Mais il est une affection dont la fréquence avait depuis longtemps frappé les médecins de l'asile de Quimper, et qui avait fini par prendre des proportions vraiment effrayantes à cause de l'encombrement, de l'insuffisance du régime alimentaire, et de l'incurie administrative : je veux parler de tuberculose (2). En 1895, ayant porté mon attention de ce côté, j'ai compté que sur 56 décès, 23 devaient lui être imputés. Mon regretté collègue, L. Ménereul, avait déjà fait pour sa thèse inaugurale d'intéressantes recherches sur la forme intestinale, primitive ou secondaire, de l'infection (3) : j'ai pu vérifier deux fois, à l'autopsie, ses conclusions.

On sait quel rôle prépondérant M. le Professeur Grancher fait jouer à la contagion dans le développement et l'accroissement de la tuberculose, et le rapport qu'il

(1) *Ext ait des délibérations du Conseil général du Finistère*, (1^{er} mai 1889).

M. Proudhon, préfet : « La question a été déjà bien des fois ajournée, et présente un caractère d'urgence. L'ancien quartier des aliénés est vraiment dans une situation honteuse ».

M. Hémon, député : « Il y a là non seulement une question d'humanité, mais une question d'intérêt pour le département. En effet, le déplorable état des bâtiments de l'asile en éloigne les familles qui ont des aliénés à placer. » Et le Conseil général vota un premier emprunt de 300.000 francs.

(2) Dr. FOLLET, « *Considérations pratiques et théoriques sur l'oblitération et l'aberration de l'esprit*, déduites de 300 autopsies, 1854.

(3) L. MENEREUL, « *Sur la diarrhée chronique des aliénés (entérite tuberculeuse)* », thèse éditée par les soins de M. le Dr Noël Hallé, 1895, Paris.

présentait naguère à l'Académie de médecine est le plus éloquent des réquisitoires contre ce redoutable fléau (1). N'est-il pas vraisemblable, indépendamment du danger intérieur, que parmi les aliénés curables placés dans un milieu aussi contaminé, quelques-uns ont pu, guéris de leurs troubles psychiques, aller porter et cultiver le bacille de Koch au sein de leur famille ?

J'ignore si la bacillose commet de pareils ravages en d'autres asiles. Mais à coup sûr aucun n'en est exempt, et je pense que c'est faire œuvre utile que d'appeler sur ce point l'attention et la sollicitude des aliénistes. Relativement aux maladies mentales et plus particulièrement à celle dont nous avons essayé de tracer le tableau, qui affirmerait que l'envahissement de l'organisme par le bacille ne saurait créer des conditions favorables à la chronicité et à l'incurabilité de la psychose ?

Cette question d'hygiène nosocomiale que nous soulevons ici, présente, personne ne le contestera, un intérêt de premier ordre. Combien d'autres s'imposent à l'esprit de l'administrateur et du médecin, que ce n'est même pas le lieu de seulement les énumérer dans un travail aussi limité que le nôtre ! Nous avons donc raison de déclarer que l'aliéniste soucieux de son rôle avait la possibilité,

(1) GRANCHER, *Sur la prophylaxie de la tuberculose*, séance du 3 mai 1898.

A Quimper, les malades stationnaient par le mauvais temps dans les réfectoires, où ils pouvaient cracher à leur aise. Comme le balayage se faisait toujours à peu près à sec, le matin, au moment de la visite médicale quotidienne, médecins, infirmiers et malades respiraient à pleines narines les poussières bacillifères. Je n'ai pu obtenir que cette corvée fût exécutée par une escouade, le soir, après le coucher, de manière à laisser aux germes infectants le temps de retomber sur le sol, ou mieux qu'elle fût précédée d'un copieux arrosage.

avec les seuls moyens dont il dispose, d'apporter de réelles améliorations à la condition des malheureux dont il a la charge.

Et ce médecin n'est pas un rêve, il existe dans nos asiles. Si nous avons des esprits étroits et chagrins, plus fermés à toute spontanéité du cœur et de l'idée qu'au besoin d'innovation ; si nous avons des aliénistes fonctionnaires, attentifs à fuir les responsabilités et les ennuis, songeant à leur tour d'avancement, et désireux de payer le moins possible de leur personne en tirant de leur situation le maximum de rendement, au risque d'oublier où s'arrête ce maximum : nous possédons également derrière les chercheurs, les savants et les cliniciens qui maintiennent le renom de la psychiatrie française, des travailleurs à la fois instruits, modestes et consciencieux, sachant aimer leurs malades, suivant la tradition des maîtres d'autrefois.

La collaboration franche et cordiale de ces serviteurs de l'Etat et de la cause des aliénés avec les pouvoirs publics, préfets, conseils généraux, conseils municipaux, conseils d'administration, peut suffire à faire aboutir les réformes les plus urgentes. C'est, en réalité, ce qui s'est passé et se produit encore dans quelques départements privilégiés, où un heureux concours de circonstances et de bonnes volontés a donné de grands résultats (1). Quant

(1) On sait que l'assistance des aliénés dans les départements possède une organisation complexe. Certains asiles relèvent des conseils généraux ; d'autres, simples annexes d'hôpitaux, même avec un nombre considérable d'internés, sont dans la main des conseils municipaux ; quelques-uns enfin sont absolument privés — il ne s'agit pas, bien entendu, des maisons de santé — et appartiennent à des communautés ou à des associations laïques.

La loi de 1838 les régit tous, et ils se trouvent placés sous la surveillance de l'administration centrale ; mais on conçoit sans peine les difficultés éprouvées, en présence d'intérêts si divers.

au pouvoir central, malgré la complexité des intérêts en jeu, il est si impuissant qu'il se trouve actuellement à faire l'unité, il peut imposer parfois sa volonté, et il sait parler avec force lorsqu'il le juge à propos. N'est-ce pas M. le Directeur de l'Assistance publique qui, à propos des cellules d'observations consacrées aux aliénés dans les hôpitaux de province, écrivait ces lignes : « Il résulte de ce qui
« précède que la situation est triste, indigne d'une démo-
« cratie où les questions d'assistance préoccupent si jus-
« tement le parlement et l'administration, indigne du pays
« qui a vu naître Pinel et qui a donné l'exemple de la
« réforme que ce siècle a réalisé dans les établissements
« d'aliénés(1). »

On prétendra que ce qui fut écrit en 1889, par M. Monod, au sujet des cellules d'observations, pourrait l'être encore aujourd'hui de l'ensemble de nos asiles. Voici comment s'exprime sur ce point le Dr Paul Sérieux : « Une question
« se présente maintenant à l'esprit, question qu'il n'est
« pas possible d'éluder. L'assistance des aliénés, créée en
« France, a-t-elle en notre pays, et plus particulièrement
« dans le département de la Seine, suivi toujours une mar-
« che parallèle à celle dont nous avons tracé les progrès
« en Allemagne ? N'avons-nous rien à envier, pour ce qui
« est de la constitution matérielle et morale de nos établis-
« sements, de l'organisation du service médical, n'avons-
« nous rien à envier à l'étranger ? Bref, possédons-nous
« ces instruments de guérison que réclamait Esquirol au
« début de ce siècle ? Nous sommes trop respectueux de la

(1) H. MONOD, « Les cellules d'observations des aliénés dans les hospices », in *Arch. de Neurologie*, 1889, n° 53.

« vérité pour dissimuler qu'il est loin d'en être ainsi. C'est
« là certes un aveu pénible; mais céler un état d'infé-
« rité n'est point le faire disparaître, c'est l'aggraver.
« Il n'est que temps d'aviser; *il n'est que temps de procé-*
« *der et à une réforme radicale de la constitution matérielle*
« *de nos asiles, et à une réorganisation sérieuse du service*
« *médical*, si nous voulons, pour ce qui est de l'assis-
« tance des aliénés, reconquérir la place que nous n'au-
« rions jamais dû perdre(1). »

Nous ne sommes pas, quant à nous, animé d'un esprit de réformes aussi intransigeant, et pourtant nous avons connu des établissements de province autrement défectueux que ceux de la Seine. Nous avons essayé de montrer, à propos du traitement de la mélancolie anxieuse, comment nous comprenions ce problème difficile et toujours irrésolu de l'hospitalisation des aliénés. Nous avons envisagé la question surtout au point de vue essentiellement médical et moral. Il est bien des côtés que nous avons dû laisser dans l'ombre. Mais il y a un dernier point sur lequel nous voulons nous arrêter un moment avant de passer aux conclusions de cette thèse inaugurale.

Les aliénistes se plaignent généralement du nombre trop grand de leurs malades : ce qui rendrait difficile, impossible même une observation sérieuse et un traitement méthodique. La critique est grave, et il faut bien avouer qu'elle est en partie fondée, dans l'état actuel des choses. En partie seulement : il est certain que si l'on prend la

(1) P. SÉRIEUX, « L'Assistance des aliénés en Allemagne », *Arch. de Neurologie*.

totalité des aliénés d'un service, c'est-à-dire confiés à un seul et même chef, on voit de suite que celui-ci ne peut s'occuper de tous. Mais est-il nécessaire qu'il en soit ainsi ? Nullement, et en fait cela n'est pas. Si, pour l'un quelconque de ces services, on voulait établir une statistique fixant d'une part le chiffre des chroniques, dont l'aberration mentale est immuable et n'appelle plus aucune intervention, d'autre part celui des psychoses aiguës ou des cas en traitement pour une affection intercurrente, je ne pense pas qu'on trouve plus de vingt malades sur cent dont le médecin ait véritablement à se soucier. C'est encore trop, lorsque la population est de 800 à 1000 et plus, surtout en considérant que les incurables ne sauraient être entièrement perdus de vue.

D'ailleurs, la loi de 38 impose pour chaque unité la rédaction de notes mensuelles, consignées dans des registres spéciaux, de notes semestrielles (états nosographiques) destinées aux préfets, sans préjudice [des observations médicales. Avec la correspondance, les visites des familles et autres, les affaires judiciaires et les questions administratives, tous ces feuillets couverts ou à couvrir d'écriture, constituent une besogne qui dépasse de beaucoup les forces des mieux doués. Comment, si l'on veut essayer de suffire à tout, rester un homme de science, un homme de l'art, selon le vœu d'Esquirol ?

Il arrive, on l'a dit, que le bureaucrate tue le médecin ; parfois, c'est le médecin qui tue le bureaucrate ; et lorsqu'ils se tuent réciproquement, on ne voit guère ce qui reste. De là l'idée de diminuer la quantité des malades dans les services, en multipliant ces

derniers, en créant des postes nouveaux. Malheureusement, sans même aborder la question budgétaire, le recrutement des médecins d'asiles est insuffisant : il existe en France des établissements, même considérables, qui sont simplement soumis à la visite quotidienne et rapide d'un docteur quelconque de la région. Cette lacune est désastreuse, au point de vue de la surveillance attentive et éclairée et de l'intervention bienfaisante dans les aliénations curables, comme la mélancolie anxieuse.

A quoi tient un pareil état de choses ? En partie, me semble-t-il, à l'absence de toute organisation de l'internat des asiles de province, ainsi qu'à la situation subalterne et mal définie faite partout aux médecins-adjoints ¹⁾. Elle tient aussi sans doute au nombre même des charges imposées aux aliénistes par la loi de 38. Lorsque cette loi a été rédigée, la psychiatrie venait à peine de naître. Elle s'est donc inspirée des idées philosophiques régnantes sur l'intangibilité de la personne humaine et sur la haute signification de la liberté individuelle. Elle a visé surtout à prévenir les incarcérations arbitraires, et a multiplié dans cette vue les garanties avec une méthode et une ingéniosité merveilleuses mais tracassières. D'inspiration élevée, elle a été un puissant instrument de progrès. Elle a atteint son but, et l'on ne connaît pas en France depuis qu'elle fonctionné, ainsi que le déclarait M. le professeur Brouardel dans un cours récent sur la responsabilité médicale, un seul cas d'internement illégal. On peut dire

(1) PAUL SÉRIEUX, *Arch. de neurologie* 1898, t. 1 pp. 155 et 242.
G. DOUTREBENTE, Rapport cité.

Revue de Psychiatrie, août et sept. 97, lettres de A. Marie et de Marandon de Montyel.

aujourd'hui qu'elle l'a dépassé et qu'elle est devenue vexatoire : et cela à cause du nombre croissant des internés, qui a fini par quintupler la besogne des médecins (1).

D'ailleurs, avec nos mœurs actuelles, l'action immense de la presse, la divulgation vers tous les points de l'horizon du moindre événement sortant de la règle, la liberté individuelle n'est-elle pas sauvegardée ? Mais les formalités nécessaires pour l'internement, les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine qui décident de l'opportunité du maintien ou de la sortie, l'éventualité constante d'une intervention du préfet et de la magistrature dans les affaires de l'établissement, les inspections générales, suffisent amplement à prévenir ou à réparer toute erreur.

Qu'on supprime donc, si ce n'est pour y maintenir les copies des pièces essentielles relatives à chaque malade, si ce n'est pour y imprimer en quelque sorte la trace de son passage à l'asile, tâche qui incombe aux employés d'administration, qu'on supprime, dis-je, en tant que recueils mensuels des faits et gestes des aliénés, ces gigantesques in-folios et ces états nosographiques, qui condamnent l'homme de l'art à une occupation machinale et inutile au détriment de l'action intelligente et nécessaire ! Qu'on l'enlève à la poussière des bureaux et qu'on le rende à ses malades ! Qu'il fasse de la clinique et de la thérapeutique, de la science pure par surcroît, s'il en a le goût, et non pas de la copie ! Quant à savoir s'il peut être en

(1) C'est ainsi que l'asile de Quimper, qui comptait en 1836 pour un médecin 76 malades, en 1856 pour un médecin-directeur et un adjoint 260 malades n'avait en 1894 qu'un directeur-médecin pour 511 aliénés.

même temps administrateur, je réponds : oui, à condition qu'il soit bien secondé par son personnel, receveur, économe, secrétaire et employés.

C'est le principe de la réunion dans la même main des pouvoirs administratif et médical. Il a été nettement posé par Blinche à l'Académie de médecine, en janvier 1884, au nom d'une commission composée de Baillarger, Brouardel, Lunier, Luys, Mesnier et Blanche, rapporteur. Le rapport conclut également à la nécessité d'une réorganisation du service des aliénés, et, après Griesinger et Parchappe, à la création de quartiers d'observation et de traitement (1). Ces réformes s'imposent donc.

Il en est une autre qui ne s'impose pas moins, et qui nous paraît être la condition même du succès des précédentes : c'est celle de l'enseignement des maladies mentales. Pour faire de nos asiles de véritables maisons de traitement, il faut former des aliénistes. La création d'une chaire de psychiatrie, il y a vingt ans, a été un progrès considérable. Mais il conviendrait de faire à cette science une plus large place dans les études médicales. M. le professeur Joffroy s'exprimait ainsi à l'un des derniers congrès des aliénistes français :

« Il faut que nos étudiants apprennent la psychiatrie, « comme ils apprennent les autres branches de la médecine. On n'exige, en effet, de l'étudiant, aucun « stage dans un asile, il n'a à subir aucun examen spécial, « et le plus souvent il recevra un diplôme de docteur sans « avoir entendu une leçon sur la folie, sans avoir examiné

(1) Le projet de loi qui en émane, adopté en 1884 par la commission du Sénat, est encore en instance auprès du Parlement.

« un seul aliéné. Et cependant, ce médecin devra parfois
« donner son avis sur de tels malades ; il peut avoir à déci-
« der l'internement et à délivrer des certificats qui auront
« force de loi, il peut être appelé devant les tribunaux pour
« se prononcer sur la responsabilité des accusés, dispo-
« sant ainsi plus que de la vie des individus : de l'honneur
« des familles ».

Il ne nous appartient pas d'insister sur ce programme scolaire, nous qui quittons à peine — et si tardivement ! — les bancs de l'école. Mais il nous sera permis, nous autorisant de la parole d'un de nos maîtres, de revenir en quelques mots sur le point de vue particulier qui nous tient au cœur, et de faire observer qu'en donnant en pathologie plus d'importance à l'aliénation mentale, en appelant davantage sur elle l'attention, on développerait le goût de son étude, et on dirigerait de ce côté de jeunes activités qui cherchent une voie.

Cette fois encore la cause des fous serait bien jugée.

Nous sommes arrivé au terme de la tâche que nous nous étions imposée. Nous ne pensons pas être sorti de notre sujet, en abordant cette question si délicate et si complexe des asiles d'aliénés. Nous aurions pu éviter un tel écueil, et nous borner à la description symptomatique de la lypémanie anxieuse. Mais étudier une maladie sans s'occuper du traitement, c'est être incomplet et rejeter l'essentiel. Or, le principal moyen du traitement de la folie, en l'état actuel de la science, ce sont les asiles. Aussi avons-nous cru devoir exposer à leur sujet, les réflexions que nous ont suggérées nos lectures et notre expérience personnelle. Si nous avons envisagé l'organisation et la vie de ces

grands établissements d'assistance médicale, surtout dans leur action morale sur les malades qu'on y place, c'est que ce point de vue généralement négligé ou méconnu nous a paru mériter plus d'attention : nous espérons l'avoir suffisamment montré.

SÉMÉIOLOGIE, ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE

L'étude symptomatique de la lypémanie anxieuse n'est plus à faire, et nous ne prétendons pas apporter quelque chose de nouveau, en reprenant et associant l'un à l'autre un vieux mot et une vieille épithète. Mais il est toujours utile de remonter aux origines d'une question ; elle ne peut que s'éclairer à cette lumière qui lui vient du passé. C'est ainsi que la folie de la douleur et de l'angoisse prend un singulier relief, quand on suit, comme nous l'avons tenté, sa genèse dans quelques œuvres qui marquent des étapes.

En même temps qu'elle se détache avec netteté du groupe des affections parmi lesquelles elle est restée d'abord confondue, elle y a des racines et des points de contact, qui lui donnent la sève et l'affermissent. Une entité morbide, sortie toute armée d'un cerveau de clinicien, et ne se rattachant à rien de connu, voilà une abstraction vaine dont la critique aurait bientôt raison. De telles créations, peuvent être possibles dans le domaine de la mécanique et

des sciences exactes, ne le sont pas dans celui des sciences d'observation. On apprend à voir, comme on apprend à vivre, et tout s'enchaîne et se tient.

Aussi, il est un travail qui nous tenterait, si nous avions la possibilité de nous y donner : ce serait de rechercher, à la lumière des acquisitions les plus récentes de la physiologie et de la psychologie, et de montrer l'unité de quelques maladies mentales, qui ont entre elles des airs de parenté tout en conservant leur individualité propre.

Mais cette individualité, il faut d'abord qu'elle soit constituée. C'est pour aider la lypémanie anxieuse à se dégager entièrement du chaos des folies tristes, que nous groupons en un faisceau les observations qui suivent.

OBSERVATION I (*personnelle*)

Indications générales. — Femme de 46 ans, mariée, mère de trois enfants, vivants et bien portants. Pas de fausse couche. Paysanne peu aisée, mais sans préoccupations matérielles vives, heureuse dans son milieu.

Intelligente et active, nullement portée à la tristesse mais impressionnable.

Petite, maigre, peu musclée, elle n'a jamais été bien vigoureuse. Cage thoracique étroite. Pas de troubles digestifs.

La lypémanie a duré environ six mois, dont trois à l'asile des aliénés. Après la guérison, elle se montre très reconnaissante des soins qu'elle a reçus ; elle tâche de rendre des services ; elle raconte volontiers ce qu'elle éprouvait, ses renseignements sont très précis. La mémoire est fidèle, et les principaux faits survenus durant la maladie s'y sont imprimés.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 73 ans. C'était un nerveux. Il avait présenté, dans les dix dernières années de sa vie, plusieurs périodes de divagation complète, sans excitation ni violence. Buveur.

Mère morte subitement, à 70 ans, d'une hémorragie cérébrale. Elle s'était toujours bien portée auparavant. Mais, comme son mari, elle buvait beaucoup.

Antécédents personnels. — Elle n'a eu aucune maladie grave. Elle n'est point rhumatisante. Elle souffre par intervalles de douleurs rachidiennes, depuis l'âge de 30 ans. Pas de stigmatisme d'hystérie.

Elle a présenté, il y a huit ans, un premier accès de folie qui a duré un mois et a été caractérisé par une grande dépression sans délire, l'insomnie et le dégoût des aliments. Elle a eu plusieurs crises de colique hépatique, avec jaunisse, poussées d'urticaire. Il y a six ans, elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur abdominale. Au moment de notre examen, cette tumeur est médiane, remontant au-dessus de l'ombilic, globuleuse, tendue, rénitente : c'est un kyste, probablement ovarien.

Folie actuelle. — Il est nécessaire, avant d'en tracer le tableau, de se reporter à la première atteinte de lypémanie que nous avons signalée. Celle-ci est, en effet, survenue dans des conditions particulières dont le souvenir est, comme on va le voir, demeuré très vivace chez la malade.

Son fils, un jour, en revenant d'une course, s'amusa à disperser une botte de foin dans le champ d'un voisin. Ce dernier porta plainte, et les gendarmes intervinrent. Ils reconnurent bien vite l'enfantillage, le propriétaire alla s'expliquer avec les parents, et l'affaire n'eut aucune suite.

Mais la mère, vivement impressionnée, tomba dans les idées noires. Remise au bout d'un mois, elle n'en garda pas moins le souvenir pénible de l'incident. Chaque fois qu'elle passait devant un tas de foin, elle éprouvait un frisson accompagné d'anxiété. Elle ne pouvait rien contre cette impression douloureuse ; elle la sentait venir irrésistiblement au fur et à mesure que le tas se rapprochait.

Aujourd'hui, guérie de sa seconde crise, elle attribue une grande part dans son développement à cette émotion ancienne toujours prête à renaître.

Ainsi nous trouvons une obsession, avec ses trois caractères essentiels, conscience, irrésistibilité, angoisse, à la base de la vésanie actuelle. Cette obsession, qui restera jusqu'à la fin un des symptômes les plus accusés, révèle le terrain. Mais il a fallu encore une émotion pour faire éclater un nouvel accès. Elle allait marier sa fille, et ressentait une grande tristesse à l'idée de se séparer de la seule enfant qui fût demeurée près d'elle. Un jour, elle reçoit de mauvais renseignements sur le futur, et brise le mariage. L'effort qu'elle dut faire pour prendre une si grave détermination, le chagrin qui en résulta produisirent les troubles cérébraux.

Elle fut subitement comme étourdie, allant et venant dans sa maison sans rien voir, tournant sur elle-même, anxieuse, gémissante, s'accusant de faire le malheur des siens, ou bien s'asseyant à l'écart et demeurant immobile et silencieuse, avec l'expression du plus profond désespoir.

Des hallucinations terrifiantes de la vue survinrent, la poursuivant nuit et jour : elle apercevait des figures grimaçantes, la guillotine, le bourreau ; une fois, ce furent trois têtes d'enfants sur un grand plateau, baignant au milieu d'une sorte d'écume blanche. Les insomnies, le refus d'aliments étaient fréquents. Mais ce qui dominait, c'était l'angoisse. Elle eût des idées de suicide, et fit même un jour une tentative qui fut arrêtée à temps : elle voulait se jeter dans le puits. A plusieurs reprises, sa mâchoire inférieure fut animée de mouvements involontaires ; elle grinçait des dents, malgré ses

efforts pour empêcher ces contractions. En serrant l'interrogatoire sur ce point, nous nous sommes assuré que ces décharges psycho-motrices n'avaient pas pris la forme d'un commencement d'articulation des mots. Les membres supérieurs furent également le siège de chocs, de secousses. Elle fut souvent torturée par des phobies : la vue, le contact, l'audition, le souvenir même des objets métalliques, cuiller, fourchette, couteau, etc., la faisaient souffrir « dans les nerfs, dans les membres, dans la tête, partout », c'est elle qui parle.

A l'asile, le tableau s'est un peu limité. Pourtant, l'insomnie, le refus d'aliments, les hallucinations terrifiantes de la vue, l'excitation anxieuse avec poussées paroxystiques momentanées, n'ont point fait défaut. Parfois elle quitte brusquement son lit et se met à courir affolée dans le dortoir, elle se lamente, demandant ce qu'elle a fait pour être comme cela, implorant du secours. Au milieu de ces raptus, elle a des mots qui traduisent bien son angoisse et la confusion de ses idées : « En voilà un « malheur ! Est-il possible ? Je sais bien que tout est « perdu à présent. » Ou bien : « Ah ! c'est un grand « malheur, allez, tout ça... Je ne sais pas ce que c'est que « ça. Je ne sais plus où je suis de cette affaire-là. Ah ! « non, je n'en sais rien, je n'en sais rien. »

Ou encore : « Je sens bien que je ne suis pas comme « il faudrait. Il vaudrait mieux que je sois autrement. Si « ce n'était pas comme ça, ce ne serait pas comme c'est. » Enfin : « Ayez pitié de moi, je vous en prie. Je ne tiens « plus. Je ne sais plus où je suis, je ne sais plus ce que « sais. »

L'arrêt psychique est manifeste chez elle. Elle veut s'expliquer et ne le peut pas ; elle laisse ses phrases ina-

chevées. Elle présente des signes non douteux d'amboulie : elle a tenté plusieurs fois sur nos instances d'écrire à sa fille, et n'y est point parvenue.

Les idées d'indignité éclatent par moments. Elle est une mauvaise mère, elle aurait dû protéger son fils contre les gendarmes, elle n'aurait pas dû « croire à cette chose-là » : allusion à la botte de foin. Mais elle réagit, proteste. Un jour, elle nous dit : « Je voudrais qu'on m'expliquerait les faits pourquoi on a guillotiné mon mari, mon fils et ma fille. Je me suis mal expliquée au médecin. Mon Dieu ! pour une affaire de quatre sous en guillotiner quatre !... » Elle nous avait déjà fait le récit de la petite mésaventure arrivée à son fils huit années auparavant ; c'est le seul événement qu'elle ait pu nous raconter d'une manière complète et claire au cours de sa maladie. Et il revient fréquemment dans ses préoccupations : son enfant n'est pas coupable, c'est abominable ce qu'on veut faire.

Son désespoir est sans bornes, et elle saisit au passage tout ce qui peut servir à l'alimenter. Quand nous examinons sa tumeur abdominale, elle s'écrie : « Vous voulez me faire du mal, j'en suis bien sûre ; vous allez m'ouvrir le ventre, me faire quelque mauvaise opération. » Et nous perdons notre peine en essayant de la rassurer. Lui parle-t-on de la mener au bain, elle redoute d'être mise dans l'eau bouillante. Si nous prenons des notes devant elle, elle est soudain prise d'une crainte qu'elle traduisait un matin dans les termes suivants : « Qu'est-ce que vous écrivez encore ? Hélas, quel malheur ! Où tout cela va-t-il me conduire ? Qu'est-ce que c'est que ces affaires-là ? »

L'amélioration commence deux mois après l'interne-

ment ; la malade se montre moins anxieuse, elle se met à des travaux de couture. Un jour, elle écoute attentivement une de ses voisine de dortoir, qui divaguait, et s'écrie en éclatant de rire : « Mais vous êtes folle, ma pauvre femme. » Depuis ce moment la guérison s'est avancée rapidement. M^{me} X. déclare qu'elle sort d'un mauvais rêve. Sa langue s'est déliée ; elle parle d'abondance, avec entrain : « En voilà des maladies, dit-elle. « Est-ce que les médecins connaissent cela ? » Bref, après une huitaine d'un état mental intermédiaire qui ressemble à de la convalescence, elle s'en va bien guérie.

Voilà donc une héréditaire, une dégénérée, si l'on veut, présentant l'un des stigmates que M. Magnan considère comme caractéristiques de cet état mental : l'obsession, qui sous l'influence du chagrin, tombe dans un accès de lypémanie. Les traits les plus saillants de la maladie sont chez elle, outre l'idée fixe qui persiste : les impulsions motrices, l'arrêt psychique et l'anxiété.

OBSERVATION II (*personnelle*)

Femme de 42 ans, domestique à la campagne, mariée (divorcée). Elle a une fille de 15 ans, bien portante, que le mari, en quittant la mère il y a environ cinq années, a emmenée avec lui. Depuis ce temps, elle a toujours travaillé chez les autres, et a eu beaucoup de misère.

Grande, bien constituée, mais amaigrie. Elle n'a jamais eu de fausse couche. Pas de troubles digestifs.

Elle n'est pas intelligente. Mais, d'après les renseignements que nous avons recueillis, elle est laborieuse, honnête et dévouée.

Sa folie a duré environ cinq mois, dont quatre à l'asile. Guérie, elle a une tenue parfaite ; elle se montre serviable ; elle répond volontiers aux questions que nous lui posons, et fournit quelques détails utiles sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Antécédents pathologiques. — Elle n'a pas connu sa mère. Le père est mort à 50 ans « d'un refroidissement. » Deux oncles maternels étaient des anormaux, « des coureurs », et l'un d'eux « est mort de misère dans une grange. » Elle a deux sœurs, dont l'une est rendue impotente depuis plusieurs années par « une sciatique ». Elle déclare qu'on était « douloureux » dans la famille de sa mère ; une tante de ce côté aurait eu « des douleurs toute sa vie. »

Elle-même a fréquemment souffert de rhumatisme articulaire. Durant son séjour à l'asile, elle n'a guère cessé de se plaindre de douleurs dans les membres, dans les genoux, au niveau des reins ; elle se sentait lasse, courbaturée. Trois fois pendant la première quinzaine, nous avons trouvé de l'albumine dans ses urines. Depuis longtemps elle présentait de la dysménorrhée et des métrorrhagies, qui ont cessé un mois après son entrée, les règles étant redevenues normales. L'examen des organes génitaux ne nous avait révélé aucune lésion.

Nous avons noté plus haut l'absence de troubles digestifs. Nous entendons par là que la malade n'est pas une dyspeptique d'ordinaire. En réalité, elle avait perdu l'appétit depuis quelques semaines lorsqu'on l'a fait interner. Elle avait l'habitude de boire une quantité no-

table de vin à ses repas, et en dernier lieu, servant dans un débit de boissons, elle avait fait de réels excès : c'est-à-dire qu'elle était retombée dans les excès qui avaient obligé son mari, cinq années auparavant, à demander le divorce. De là le dégoût des aliments. De là aussi le délire.

Maladie actuelle. — Le début de la lypémanie est ici marqué par une conception délirante, quelque chose comme une idée de persécution, mais avec un élément émotionnel qui la rapproche de l'obsession. La femme B. fit un jour venir un rebouteur pour lui demander conseil au sujet de ses rhumatismes. Mais ce praticien produisit sur elle une telle impression, que depuis elle ne put le voir ni penser à lui sans éprouver une frayeur invincible ; elle était obligée, dit-elle, de prendre deux sous de goutte pour se remettre. Bientôt elle crut qu'il lui avait jeté un sort.

La folie devient alors manifeste pour l'entourage. La malheureuse tombe dans la tristesse et l'inaction, elle est incapable de servir les clients. Elle s'accuse de voler son patron, elle parle avec effroi des gendarmes. Son sommeil rare, est troublé par des cauchemars, à la réalité desquels elle croit en se réveillant. Elle a quelques hallucinations de l'ouïe. Une fois elle entend crier : « aux galères ! aux galères ! » Des voix ajoutaient que c'était un supplice trop court de lui couper la tête. Une autre fois, elle est prise de bourdonnements d'oreille, et au même moment on lui dit : Il faut nettoyer ton fourneau et ta cheminée. » Elle a par instants des secousses dans les membres. Un matin, elle subit une impulsion : elle brûle tous les papiers relatifs à son divorce, et cela sans que sa volonté y soit pour quelque chose. Elle fait une

tentative de suicide (pendaison). Elle songe à aller à l'eau mais, quand elle veut partir, il y a quelque chose qui l'arrête.

A l'asile, elle se montre dès les premiers jours relativement tranquille ; elle reste volontiers couchée, ne devient anxieuse et gémissante que par échappées, lorsqu'on s'approche de son lit et qu'on s'occupe d'elle. L'anxiété d'ailleurs est évidente, bien que l'expression n'en paraisse pas toujours très vive. Cette malade saisit, elle aussi, toutes les occasions de se tourmenter ; elle s'attribue ce qu'on dit et ce qu'on fait autour d'elle. Quand nous écrivons, c'est pour sa condamnation, c'est pour la faire aller aux galères ; si quelqu'un parle, elle s' imagine que c'est pour lui imposer silence. Un jour, à propos d'une autre aliénée, nous avions prononcé dans le dortoir le mot de ponction ; le lendemain, elle déclarait à la sœur, que nous allions lui faire « une ponction de poudre dans le ventre et qu'elle en deviendrait toute innocente ». Elle craint que nous poursuivions son patron, sans chercher d'ailleurs les raisons possibles de cette poursuite : « C'est pas la peine de faire tant d'affaire... Est-il possible, mon Dieu !... Mon maître ne « vous payera pas. Ne le faites pas condamner. Il n'a « pas d'argent, le pauvre homme ! Croyez donc ce que « je vous dis. Dame, tout de même ! » Elle ne veut pas rester davantage, et elle refuse de se laisser soigner parce que, dit-elle sur un ton plaintif, elle n'a plus un sou et qu'elle ne pourra pas acquitter la note. Et cette préoccupation revient longtemps et souvent dans ses paroles.

Elle a des idées de culpabilité et d'indignité très accentuées. Elle a tous les vices. Elle a volé son maître.

Elle est condamnée aux galères : durant trois mois, chaque jour, elle se montre préoccupée de cette condamnation. Essaye-t-on de la convaincre que tout cela est faux, absurde, elle paraît comprendre, elle se calme une seconde, puis repart sur le même thème. Toutefois, elle résiste par instant à ses propres suggestions ; il est vrai que c'est pour échapper aux mauvaises intentions qu'elle nous prête : « N'écrivez pas cela, dit-elle. Ce n'est pas moi qui ai volé : vous le saurez par les journaux. Je n'ai rien pris... je dis ça comme cela. » Mais aussitôt après : « Puisque je vous affirme que c'est moi. Oui, j'ai volé de l'argent, du linge... et tous les petits verres que je prenais ! »

Elle a encore de temps en temps, durant les premières semaines, une hallucination de l'ouïe. On crie « aux galères. » Un jour, on lui jette une insulte. Un matin, elle entend : « Vive la République ! » La nuit, elle est en proie à des rêves, à des hallucinations hypnogogiques. Huit jours après son internement, elle nous dit à la visite : « Pourquoi m'avez-vous accusée toute la nuit ? Vous prétendez que je fais du mal aux autres femmes, que je suis allée faire dans le pot de la Supérieure... » Un mois plus tard, et deux ou trois matinées consécutives, elle nous reproche d'avoir écrit à des personnes de son pays qu'elle avait volé son patron ; nous l'avons forcée à « signer la guerre, » elle va porter le sac et le fusil, et c'est abominable, il vaudrait mieux qu'elle aille aux galères tout de suite.

Un soir, le surlendemain de son entrée, comme il y avait de l'orage, elle ressentit vivement le tonnerre et les éclairs, et à chaque grondement cette phrase lui venait : « Tu n'es pas à ta place. » Elle ne l'entendait pas,

« ça le lui disait », — c'est son mot, elle la sentait.

Pendant les deux premiers mois de son séjour à l'asile, elle a eu souvent des bourdonnements d'oreille : sifflements, bruits de machine.

Signalons encore ici l'arrêt psychique. Le tableau que nous venons de tracer montre suffisamment, que le champ de la conscience était occupé par les préoccupations délirantes à l'exclusion de toute autre. Mais nous pouvons ajouter que, jusqu'à l'époque de la guérison, nous n'avons pu avoir avec la malade une conversation suivie sur un sujet quelconque. Elle écoutait, semblait comprendre ; seulement, au moment de coordonner ses idées ou ses souvenirs pour répondre, elle s'arrêtait et retombait dans son délire.

Quant à la guérison, elle a été précédée comme chez la malade précédente, d'une courte période intermédiaire.

En résumé, la lypémanie a éclaté ici sur un terrain névropathique. Elle a été préparée par le chagrin, en fatigue et les privations. Mais, comme ces trois facteurs n'ont pu agir qu'à distance, la femme B. se trouvant dans une période relativement tranquille et heureuse — elle vivait depuis un an chez un bon maître — lorsque la crise est survenue, il faut faire une grande part à l'intoxication alcoolique ancienne et récente. Celle-ci ne semble pas avoir imprimé à la maladie de caractère particulier. Elle a simplement créé, dans un organisme prédisposé, l'état cénesthétique qu'on trouve à la base de toute mélancolie.

OBSERVATION III (*personnelle*).

Indications générales. — Femme de 47 ans, demoiselle, rentière, peu aisée, vivant avec sa mère. Petite, mais bien constituée. Dents mauvaises et mal rangées. Dyspeptique. La ménopause est survenue à 44 ans. Intelligence médiocre. Assez expensive après la guérison.

Antécédents pathologiques. — Père mort à 79 ans de co. gestion pulmonaire. Mère vivante, devenue hémiplégique et tombée en enfance à 73 ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie. Mademoiselle C. a une sœur, âgée de 50 ans, qui a toujours été chétive et a eu autrefois des crises de nerfs sans perte de connaissance.

Quant à elle, personnellement, ses antécédents sont assez marqués. A 18 ans, elle tombe dans la dévotion et veut entrer au couvent ; elle n'y renonce que sur les instances de sa mère. Deux années plus tard, (accès de mélancolie, caractérisé par de la tristesse anxieuse et des idées de ruine (à la suite d'un grand changement de position survenu dans la famille). A 33 ans, nouvel accès, ayant présenté les mêmes caractères, et s'étant produit après des émotions pénibles et des fatigues.

Maladie actuelle. — Elle a duré quatre mois, et nous pouvons dire que Mademoiselle C. était guérie quand elle est entrée à l'asile ; à peine avons-nous observé pendant le premier jour un peu de confusion dans les idées.

Les émotions et la fatigue ont encore provoqué ce troisième accès. Mademoiselle C. soignait sa mère depuis quelques mois, lorsqu'elle s'est sentie tout à coup lasse,

déprimée, incapable de tout travail. Des maux d'estomac la torturèrent ; elle perdit totalement l'appétit et le sommeil ; elle eut de la diarrhée. Elle quitta alors sa mère, qu'elle confia à une femme de journée, et alla se reposer chez sa sœur. Là, elle se reprocha d'avoir abandonné la malade à une étrangère, et d'occasionner ainsi à la famille des dépenses inutiles ; ce fut durant plusieurs jours sa préoccupation unique et constante. L'anorexie et les insomnies persistaient, la diarrhée également. Alors éclatèrent les idées d'indignité, de ruine et de damnation. Elle désire mourir, par dégoût de la vie et aussi dans un esprit de châtiment. A aucun moment, elle n'eut d'hallucinations. Au cours d'un paroxysme anxieux, elle se jeta dans un puits où, sans l'intervention de sa sœur, elle se serait infailliblement noyée. Détail bien caractéristique de cette tentative de suicide : quand notre hypémaniaque sentit le froid de l'eau, elle se débattit pour échapper à la mort, et saisit avec énergie la corde qu'on lui tendait.

A l'asile, les troubles digestifs cédèrent quelque temps après le délire lui-même qui, ainsi que nous l'avons dit, avait presque disparu au moment de l'internement. Celui-ci eut lieu le lendemain de la tentative de suicide.

Nous rencontrons ici, chez une prédisposée, des crises successives et très éloignées les unes des autres de lypémanie anxieuse. La dernière a été nettement précédée de ces troubles somatiques dont quelques auteurs, notamment M. Séglas, font une véritable période prodromique de la psychose (1).

(1) SÉGLAS, KRAFFT, EBING, SCHULE. — *Maladies mentales*, 1894.

OBSERVATION IV (*personnelle*)

Indications générales. — Femme de 36 ans, mariée. Elle a deux filles, dont l'une est clorotique. Paysanne aisée, de taille moyenne, normalement constituée, souvent constipée.

Laborieuse, mais d'intelligence médiocre. Jusqu'à l'éclosion de la folie, irréprochable envers les siens.

Antécédents pathologiques. — Le père était alcoolique ; il a été frappé d'hémiplégie à l'âge de 70 ans. La grand'mère maternelle s'est noyée à 56 ans, étant enceinte. Un oncle maternel s'est pendu à 60 ans. Une cousine germaine, du côté de la mère, s'est noyée à 35 ans. Un grand oncle maternel est devenu fou vers la soixantaine.

Notre malade, mariée depuis onze ans, n'a donné durant cette longue période aucun signe d'aliénation.

Maladie actuelle. — Les premiers troubles mentaux, nous ne disons pas les symptômes de lypémanie, se sont produits au cours du sixième mois de la seconde grossesse. M^{me} B. devint irritable, difficile, querelleuse. Elle eut des interprétations délirantes. Puis, un beau matin, trois mois après ce début, mue par une impulsion à laquelle elle ne put résister — elle le déclara plus tard — elle alla se jeter dans une mare, d'où par bonheur il ne fut pas difficile de la retirer. A la suite de cette tentative, des maux de tête survinrent, fréquents et persistants ; la malade tomba dans la tristesse. La grossesse n'en suivit pas moins son cours, et l'accouchement fut normal.

Peu de temps après celui-ci, on constata des idées

mystiques avec moments d'excitation, loquacité, besoin de prêcher au nom de la Vierge. Les insomnies et le refus d'aliments semblèrent aggraver cet état mental. Un médecin fut appelé, qui nota ce qui suit : « Idées de « mordre. Parle sans cesse de se faire mettre en prison « pour être guillotinée. *Elle ne peut plus rester comme « elle est. Son cœur ne bat plus, tout est changé dans « son côté. Il faut que la mort vienne. Elle n'a plus « rien dans la tête.* Elle sent bien qu'elle n'en reviendra « pas. Parfois agitée, parlant avec volubilité. Elle frappe « sa fille, ne veut pas son nouveau-né. » Des sensations morbides (troubles de la cénesthésie) sont donc expressément signalées au cours de la maladie. Bien que leur date ne soit pas indiquée, ils n'en constituent pas moins un renseignement précieux au point de vue de la séméiologie ; car jusqu'ici rien ne permettrait sans eux de poser le diagnostic de mélancolie. Non pas qu'il soient pathognomoniques, mais ils viennent corroborer par avance les autres symptômes qui n'ont pas tardé à paraître.

En effet, à l'asile, M^{me} B. reste pendant un mois déprimée, triste. Elle pleure souvent. L'arrêt psychique est frappant : elle parle comme à regret, les mots ne viennent pas, elle fait effort pour répondre et ne peut achever ses phrases, ses souvenirs lui échappent. Des crises d'angoisse éclatent de temps à autre, avec idées de culpabilité et de damnation, crainte de supplices imaginaires. Et chez elle les conceptions délirantes apparaissent bien comme une tentative d'interprétation des sensations anormales dont elle se plaint. Voici à cet égard une phrase assez typique : *Tout est changé en moi, je ne me reconnaissais plus... je suis damnée.*

Elle affirme qu'elle n'a plus rien dans le côté. Au parloir, elle dit qu'elle ne reconnaît pas son mari, et le presse quand même sur sa poitrine.

L'amélioration de l'état mental, très notable au bout de quelques semaines de séjour, devient de plus en plus manifeste. La convalescence n'est point compromise par une crise violente de colique hépatique, à laquelle nous assistons. Mais des douches intempestivement données pour hâter la guérison de la vésanie, provoquent une recrudescence du délire, qui heureusement n'a qu'une courte durée.

En résumé, la femme B. a présenté un accès de lypémanie qui semble avoir été précédé, ou plutôt compliqué pendant quelque temps, par un délire d'une autre nature. La maladie s'est développée chez une héréditaire, au cours d'une grossesse dont la marche et le terme n'ont pas été influencés par elle. La grossesse en revanche a-t-elle imprimé à la psychose une marque particulière ? Depuis le remarquable mémoire de Marcé (1), on sait qu'il n'y a pas à proprement parler de folie due à cette cause, c'est-à-dire un délire bien défini, toujours identique à lui-même.

Cependant, on conçoit que, chez une femme très chargée d'hérédité névro-pathique, comme celle qui fait l'objet de la présente observation, un événement organique aussi grave que la grossesse et une solution aussi notable que l'accouchement et la délivrance, aient pu faire éclater des troubles cérébraux ou mo-

(1) MARCÉ,

difier l'aspect de la vésanie déjà existante. Je ferai remarquer que l'évolution de la lypémanie n'a pas été normale chez la malade. Ce n'est pas l'habitude, en effet, de rencontrer cette excitation mystique, qui avait frappé son médecin. Mais ne savons-nous pas que les formes les plus diverses de psychopathies peuvent se combiner ou se succéder(1) ?

OBSERVATION V (*personnelle*).

Indications générales. — Femme de 47 ans, mariée. Elle a une fille bien portante. Grande, maigre, osseuse, mal bâtie. Oreilles larges et non ourlées ; visage asymétrique ; dents gâtées, très irrégulières. Peu intelligente, mais de caractère généralement doux. Nerveuse, susceptible. Dyspeptique.

Antécédents pathologiques. — Le père et la mère, morts âgés, ont eu une existence normale. Un cousin germain aliéné.

Notre malade elle-même, qui a été très anémique dans sa jeunesse, a, à 20 ans, des troubles névropathiques (épuisement, douleurs vagues, absence de volonté) qui ressemblent bien à de la neurasthénie. Cet état s'est maintenu, très atténué et avec des rémissions, jusqu'au moment où ont éclaté les symptômes vésaniques. Mariée à 32 ans, elle n'a jamais donné à son mari, malgré de réelles qualités de cœur, l'impression d'une santé intellectuelle stable.

(1) MAGNAN.

Maladie actuelle. — Elle a duré environ quatre mois, dont deux à l'asile. Elle a été déterminée par de vives préoccupations survenues elles-mêmes à la suite de graves pertes d'argent. L'angoisse avec crises paroxysmiques, voilà ce qui l'a caractérisée dès son début. Dans plusieurs de ces crises (raptus mélancolique), elle a voulu mourir avec tous les siens et a essayé d'étrangler son mari. Elle s'écriait souvent : « Mettez-moi dans une maison de santé. Je vous ferais du mal, je ne puis pas me retenir ! »

L'internement semble l'avoir un peu calmée. Les raptus ne se sont plus reproduits. Seule l'anxiété a persisté quinze jours, accompagnée d'idées de ruine et de damnation, d'idées très nettes d'indignité et de culpabilité également. Elle redoute par moment de nouvelles calamités : elle ne guérira pas, son mari doit être mort. Elle présente des troubles de la sensibilité générale : quelque chose la brûle sous le crâne — elle montre son occiput. Elle dort mal, elle pleure et gémit une partie de la nuit.

Cette première quinzaine est suivie d'une semaine de tranquillité relative, qui va peu à peu en s'accroissant. Au bout d'un mois, M^{me} L. se montre tout à fait sous un autre aspect ; elle parle raisonnablement de ses affaires, exprime le désir de retourner dans sa famille ; seulement elle ajoute qu'elle a encore le cerveau *comme aplati*. Bientôt cette sensation disparaît et la guérison est complète.

Nous devons signaler ici, après la crise aiguë de quelques mois, une véritable période de convalescence. Dans aucun de nos cas, elle ne s'est montrée avec autant de netteté, et notre observation III est

même caractérisée par la chute brusque de l'effervescence anxieuse.

OBSERVATION VI

(Prise dans le service de M. le Professeur JOFFROY.)

Femme de 37 ans, mariée, ouvrière.

Entrée à Sainte-Anne le 9 novembre 1897.

Antécédents. — Mère aliénée. Père buveur.

La malade elle-même a eu une fièvre typhoïde et une pleurésie dans sa jeunesse. Son intelligence et son caractère se sont toujours montrés normaux jusqu'aux événements que nous allons résumer.

Accès de lypémanie anxieuse. — Elle est opérée le 21 août 97 pour une grossesse extra-utérine datant de neuf mois environ. Le délire éclate cinq jours après, caractérisé d'abord par de l'incohérence du langage et des idées de persécution (*Prof. Joffroy*). Puis l'anxiété survient, accompagnée d'une difficulté évidente des opérations intellectuelles. Elle a des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la sensibilité générale. Sentiment d'indignité, appétit du suicide. Refus d'aliment.

Trois mois après son entrée à Sainte-Anne, elle présente des impulsions : elle casse des carreaux, jette un verre d'eau à la tête de l'interne.

Son état est encore le même aujourd'hui (juillet 98). Elle est constamment égarée, incapable de répondre à une question. Les crises d'angoisse se succèdent, provoquées par les causes les plus insignifiantes. Ce sont des cris, des plaintes, des phrases entrecoupées, des mots sans suite jetés d'une voix haletante. Le champ des

idées est très restreint, et l'arrêt intellectuel est des plus manifestes :

« Il faut qu'on m'emmène... Oh ! là là... Mais non, « mais non... Oui, oui... Mais, mais, mais... Je veux « l'être, je veux l'être... Je ne veux pas rester ici... Je « suis criminelle, je veux avoir la tête coupée... Emme- « nez-moi, qu'on me coupe le cou... »

Les seules idées qui se dessinent sur le fond de douleur, ce sont les idées d'indignité et de crimes.

Pendant toute la durée de l'angoisse, la malade agite frénétiquement les deux mains et secoue la tête, dans une sorte de mouvement convulsif qu'elle ne peut maîtriser et qui cesse avec la crise.

Il est difficile de ne pas voir ici une relation de cause à effet entre l'opération et la vésanie. — Mais il ne saurait être question de créer une forme nouvelle d'aliénation. La laparotomie a agi à la façon d'un traumatisme banal sur une héréditaire.

OBSERVATION VII (*personnelle*)

Indications générales. — Femme de 50 ans, mariée. Elle a une fille bien portante ; un fils est mort jeune. Nerveuse, susceptible, irritable, parfois emportée. Position peu aisée. Laborieuse, économe à l'excès. Scrupuleuse.

Antécédents pathologiques. — Mère nerveuse et violente.

Premier accès de mélancolie. — Un premier accès de mélancolie (anxiété, idée de ruine), survenu à la suite de la frayeur causée par un incendie, a duré environ dix

mois. Ce premier accès a été marqué par une tentative de suicide (pendaison)

Second accès. — La seconde crise a été séparée de la première par une période de trois mois, durant laquelle l'état mental a paru un peu chancelant. Un jour, la malade a refusé de sortir, et la folie est devenue de nouveau évidente.

Angoisse extrême, pleurs, gémissements, insomnie, refus d'aliments, idées de ruine et d'indignité : tels furent comme précédemment les symptômes les plus saillants. Mais ce qu'il convient de noter à part, ce sont de nouvelles idées de suicide, qui furent suivies de plusieurs tentatives d'exécution (pendaison notamment).

A l'asile, elle montre des scrupules exagérés, au milieu des signes déjà énumérés : elle craint que son mari ne puisse pas payer sa pension. La douleur persiste, aussi bruyante, aussi expressive. Deux tentatives de suicide (pendaison) à cinq jours d'intervalle.

Au bout de quelque temps (un trimestre), comme elle se montre plus tranquille et plus raisonnable, on la laisse retourner dans sa famille pour un congé d'une quinzaine. Quelques mois après on apprend sa mort : elle s'était pendue, cette fois sans retour.

On a dit que les lypémaniques ne mettent pas à exécution leurs idées de suicide, à cause de cette impuissance à se décider qui les caractérisent. L'observation que je viens de rapporter montre qu'il ne faut pas se fixer à leur apathie, et qu'il importe de compter avec les impulsions. Ces faits sont aujourd'hui bien connus, et ils ne sont pas rares.

OBSERVATION III (*Personnelle*).

Femme de 64 ans, veuve, rentière. Elle a deux filles bien portantes. Taille moyenne. Normalement constituée. Fréquemment constipée.

Physionomie intelligente, volontaire et dure. Très méfiante.

Nous ne savons rien de ses antécédents héréditaires. Quant aux antécédents personnels, nous ne les connaissons guère mieux.

Maladie actuelle. — Elle s'est déclarée sur un terrain depuis longtemps préparé, puisque la malade avait déjà présenté antérieurement plusieurs atteintes de lypémanie.

La crise actuelle, au moment de l'entrée à l'asile, remonte à quatre mois, caractérisée dès le début par de l'excitation, des insomnies, des idées de ruine et de damnation, « des cris inarticulés » (certificat médical), des hallucinations, elle s'est présentée sous cet aspect durant l'internement.

L'agitation est grande, les nuits sont mauvaises. M^{me} C. marmotte ou crie à tue-tête ; elle proteste, veut s'en aller. L'anxiété ne fait pas défaut, et les motifs du désespoir abondent : on va lui donner un bain d'eau bouillante, on va la mener en enfer, elle est perdue, il lui faut la mort. Elle se plaint d'un goût de soufre et de cuivre dans la bouche. Elle a des idées vagues de persécution : elle refuse de prendre les médicaments, « parce que c'est de la physique. » Elle est ruinée. Elle prononce malgré elle des mots informes et bizarres, tels que :

Ouel-mol-to-gol-gol-go ou Garoulogamarou, et cela même au milieu d'une phrase ordinaire. Elle tressaille en marchant, et semble chercher son équilibre.

Au bout de huit jours, un calme relatif survient, qui va peu à peu en s'accroissant ; l'angoisse tombe. Mais bientôt l'excitation, quoique moins vive, revient par moment, et les insomnies sont fréquentes. Le délire reste le même : les idées de ruine et de damnation, quelques idées passagères de persécution en font les frais.

Les hallucinations motrices verbales se reproduisent constamment, accompagnées souvent de secousses dans les membres inférieurs : ce sont ces dernières qui donnent à la démarche l'allure incertaine que nous avons signalée. La malade a donc des impulsions motrices : plusieurs fois elle frappe les sœurs, et s'en excuse après très sincèrement, disant qu'elle ne l'a pas fait exprès. quand on l'interroge sur les mots étranges qu'elle prononce au cours de la conversation, et qui viennent brusquement l'interrompre, elle déclare qu'on l'a toute changée, qu'on lui a pris sa *voix douce*, elle accuse le médecin de lui avoir ôté la parole.

Elle se plaint de ne plus voir clair. Un jour elle affirme que les offices ne sont plus à leur place dans son livre de messe : c'est le diable qui a fait cela. Deux fois, au parler, elle refuse de reconnaître ses filles, prétendant que ce sont seulement des représentations ; mais elle leur parle d'abord comme si elle les reconnaissait.

Elle nie l'existence de sa petite fille. Elle craint de ne plus pouvoir retourner dans sa propre maison, car elle doit être détruite, et il n'y a plus rien.

Dans les derniers mois, M^{me} C. est devenue inabor-

dable. Elle fuit en sautillant et en laissant échapper son gloussement ordinaire Ouel-mol-to-gol-gol-go, quand on tente d'approcher, et l'on n'en peut que difficilement obtenir une réponse.

Sa famille la reprend après six mois de séjour. La semaine suivante, elle va se noyer dans la rivière.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. C'est la première, parmi celles que nous avons déjà données, dans laquelle nous puissions signaler les décharges psycho-motrices : elles y apparaissent sous la forme verbale et sous la forme de mouvements brusques et involontaires des membres. La malade présente également du délire de négation à l'état d'ébauche.

Mais ce qui mérite plus particulièrement l'attention, c'est la présence d'un symptôme que Charcot avait signalé, et qui fut bien d'écrit par Cotard : la perte de la vision mentale (1). Elle ne doit être confondue ni avec l'amblyopie, ni avec la dyschromatopie, ni avec la cécité verbale. Elle consiste en un trouble passager ou durable de la vision, caractérisé par l'impossibilité de reconnaître partiellement ou en totalité certains objets. Ainsi la malade sait bien qu'elle tient dans la main son livre de messe ; mais les psaumes ne font plus sur ses centres corticaux la

(1) CHARCOT. — *Progrès médical*, 22 juillet 1883.

COTARD. — Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse, in *Archives de neurologie*, 1883, n° 21.

même impression que d'ordinaire, et elle déclare que le diable les a changés.

OBSERVATION IX (*personnelle*).

Indications générales. — Femme de 64 ans, veuve, sans enfants. Rentière. Vivait seule à la campagne. Peu cultivée, mais intelligente et active, gérant bien ses affaires. De taille moyenne, normalement constituée, maigre, sans lésion constatable aux divers organes. Pas de troubles digestifs.

J'ai observé cette malade pendant trois mois, et son délire, très monotone, très simple, dans sa variété et sa complexité apparentes, était le dernier jour le même que le premier.

Antécédents pathologiques. — Elle appartient à une famille de neuf enfants, dont il ne reste plus qu'elle et une sœur ; les autres seraient morts ou d'accidents ou de maladies infectieuses. Le père et la mère, d'ordinaire bien portants, auraient vécu jusque dans un âge très avancé.

Elle-même a toujours joui d'une bonne santé. La mort de son mari, trois ans avant l'internement, l'aurait profondément bouleversée. Mais elle éprouva dans la suite un chagrin plus vif encore, en perdant une nièce qu'elle adorait et qu'elle traitait comme sa fille ; cette nièce a succombé deux années environ après le mari, d'une maladie de poitrine : elle avait beaucoup maigri et crachait le sang, si bien qu'on peut penser à la tuberculose. Quoiqu'il en soit M^{me} M. tomba dans une tristesse dont il fut

désormais impossible de la tirer. Survint une atteinte d'influenza, à la suite de laquelle les troubles cérébraux devinrent manifestes.

Maladie actuelle. — La folie semble donc avoir éclaté sur un terrain déjà préparé par les émotions et les méditations douloureuses, sous l'influence d'une infection banale. Elle fut caractérisée au début par des alternatives de dépression, de tristesse muette, d'une part, et l'excitation anxieuse, d'autre part. Les insomnies étaient fréquentes. Le délire prit au bout de quelques semaines la forme sous laquelle nous l'avons observé : les préoccupations hypocondriaques se mêlaient à des idées vagues et changeantes de persécution, sur un fond d'anxiété, et le désir de la mort se faisait jour par moment. M^{me} N se croyait poitrinaire comme sa nièce, et répétait souvent en s'efforçant de tousser et de cracher : « Ça mûrit et ça pourrit ». Un jour, elle tente de se noyer, et on la place alors dans une maison de sœurs, d'où il faut la faire sortir deux mois après pour l'amener à l'asile.

L'anxiété est vive, presque constante, avec des paroxysmes. Elle est accompagnée d'excitation : la malade quitte son lit, la nuit aussi bien que le jour, et marche sans savoir où elle va, ni ce qu'elle veut, en criant : « Hélas ! Hélas ! Mon Dieu ! Quel malheur ! » Le délire est très actif, et tout sert à l'alimenter. On va la guillotiner, la couper en morceaux, la mettre dans l'eau bouillante. Elle montre la bouche du calorifère, et déclare qu'elle sera forcée de passer par ce trou pour aller dans la cave ; mais cela chauffe, elle sera brûlée, elle mourra étouffée à cause de la fumée. Quand je veux l'examiner : « Je vois bien, dit-elle en gémissant, que vous n'allez pas me faire quelque chose de bon. » Des

ouvriers viennent un jour dans le dortoir pour poser un placard : elle prétend qu'ils préparent un cachot pour l'enfermer. Une autre fois, c'est un robinet qu'on répare : elle craint qu'on ne lui fasse boire toute cette eau chaude qu'ils font couler.

Les interprétations délirantes d'origine auditive sont continuelles, peut-être les hallucinations ; mais je n'ai pu fixer ce dernier point. Lorsque M^{me} N., entendant parler auprès d'elle ou prêtant l'oreille aux bruits et aux cris du dehors, affirme qu'on la traite de voleuse, de gourmande, qu'on lui donne toute sorte de noms, qu'on la menace de la prendre, qu'on l'accuse d'avoir été la maîtresse d'un curé, etc., il est difficile d'admettre sans réserve des hallucinations de l'ouïe. La forme même sous laquelle se présentent parfois ses récriminations éveillent, en effet, des doutes sur leur valeur symptomatique. *On donne à entendre... on a l'air de dire que* voilà comment débutent quelques-unes d'entre elles. On bien la malade montre par la fenêtre les autres pensionnaires, et dit : « Toutes ces femmes, la marchande de draps, la « marchande de parapluies — notons qu'il n'y a précisément aucune marchande de draps ni de parapluies — « racontent les pires horreurs contre moi. » Pourtant, les hallucinations auditives ne sont pas douteuses à certains moments. C'est ainsi qu'il faut interpréter des phrases comme celles-ci : « J'entends dire qu'on va me « mettre les mains en croix... On me dit tout haut que « j'aurai le cou coupé... On me crie que j'ai volé. *Il y « a là un carillon de monde, des beugleries auxquelles « je ne comprends rien.* »

Elle a des illusions visuelles. Elle a vu Madame X., la femme du maire, dans le lit à côté du sien. Elle croit

reconnaitre sa nièce dans la personne d'une pensionnaire qui couche non loin d'elle ; elle s'inquiète de sa position, elle l'a plaint : « C'est une fille qui a du bien, dit-elle, mais c'est malheureux de la voir là. » Elle lui attribue des maux imaginaires, comme pour justifier sa propre pitié : « La pauvre enfant, qu'est-ce que cette poudre qu'on la force à prendre ? — en réalité, elle ne prend aucune poudre — c'est au moins de la dynamite ! » De même qu'elle semble chercher des raisons de s'inquiéter, elle semble donc également chercher des raisons de s'attendrir. Un matin, en entendant crier des aliénés dans un quartier voisin, elle se met à pleurer : « Pauvres enfants, dit-elle, pourquoi vous faire tant souffrir ? vous n'êtes point coupables... J'entends la viande sur le feu. « Hélas ! c'est ma nièce qu'on grille. » Dans une autre circonstance, voici comment elle parle : « Vous enterrez les parents partout, vous les coupez, vous les faites brûler... Ma nièce est quelque part par là, dans ces chambres-là. Elle crie. Vous avez voulu la faire griller. »

De temps à autre surgissent des idées de culpabilité et d'indignité, des idées de ruine. « Qu'ai-je donc fait pour tant souffrir ? *Je suis donc bien criminelle ? Qu'est-ce qui a pu se passer dans ma jeunesse, pour qu'on me dise toutes ses horreurs ?* » Elle déclare qu'elle est nue dans son lit, qu'elle n'a plus une chemise ; elle ne peut cependant pas, ajoute-t-elle, aller ainsi par la ville. Elle revient souvent sur cette idée. Elle demande quel crime elle a commis pour qu'on la laisse sans chemise. Et elle proteste en même temps de son innocence : « Qu'on m'ouvre le corps ; on verra bien si j'ai quelque chose qui n'est pas naturel. Je n'ai jamais volé ni assassiné personne. »

Plusieurs fois elle se dit aveugle. Elle redoute tous les malheurs pour elle et pour sa nièce, et alors elle s'accuse sur un ton d'ailleurs dubitatif d'en être la cause. Un jour, très anxieuse, elle nous dit : « Je ne puis arriver à me « rassurer. Tout cela me porte sur les nerfs. Je ne suis « plus ma maîtresse... » Puis, toute haletante, elle ajoute : « Je me suis ruinée. » Peu de temps après, elle répète encore que tout son bien est perdu. Comme nous faisons des objections : « Je le crois pourtant, répond-elle. Mais je n'en sais rien. Je ne connais plus rien à « tout cela. »

Les préoccupations hypocondriaques ne l'ont point abandonnée. Elle se demande si elle n'a pas de douleurs sciatiques. Elle a un catarrhe ; ses poumons sont malades ; ce sont « des petits noyaux » qui lui font mal. Elle ne peut « ni moucher ni cracher. » Elle souffre dans les reins. A plusieurs reprises, elle se tourne et nous montre son coccyx, en disant qu'elle a là un os qui n'est pas comme chez tout le monde. — Bien entendu, le dit coccyx est absolument normal. — Une autre fois, c'est son dos qui la tourmente ; elle cherche du doigt le bord de ses omoplates, et prétend qu'elle sent deux trous.

Ce qui est le plus caractéristique chez cette malade, c'est l'humilité, que nous n'avons rencontrée au même degré dans aucun des cas précédents : humilité qui paraît non pas dans les termes, mais dans le ton et surtout dans l'attitude. M^{me} N. parle toujours à mi-voix, le regard de côté, comme si elle n'était pas très convaincue de ce qu'elle dit ou prévoyait d'avance les objections. Parfois, elle se tient à l'écart comme une enfant qu'on a punie. Malgré la multiplicité des idées délirantes, son

angoisse n'est pas en général très expressive. Ses plaintes ne sont jamais véhémentes ; ses protestations contre les maux qu'elle endure sont la plupart du temps exprimées sous une forme indirecte et dubitative. C'est une résignée.

Quant au délire pris en lui-même, il présente bien, sous son apparente complexité, les traits si nettement mis en relief par M. le Dr Séglas : il est *un, monotone et fixe*, et c'est un *délire d'attente*. Tout se réduit en somme à quelques prétendues fautes qu'on reprocherait à la malade et dont elle n'est pas éloignée de s'accuser elle-même, ainsi qu'à des frayeurs et à des craintes chimériques suggérées par tout ce qui se passe de plus banal et de plus indifférent autour d'elle.

La lypémanie anxieuse porte bien chez M^{me} N. la marque de la sensibilité et de l'affaiblissement intellectuel. Le délire pourrait faire illusion à première vue par sa variété. Mais point n'est besoin d'un long examen pour s'apercevoir de sa puérilité et de son inconsistance. Il porte un caractère démentiel, et l'on pourrait affirmer presque à coup sûr que la malade ne guérirait pas, si de telles affirmations n'étaient pas téméraires au milieu des surprises de la psychiatrie. Pour quelques auteurs, Cotard notamment (1), les préoccupations hypocondriaques viendraient encore aggraver le pronostic. Elles se sont manifestées dès le début.

M^{me} N. est aujourd'hui (juin 98) à peu près dans le

(1) COTARD. — *Ecco citato*.

même état qu'à l'époque où je l'observais (1) La psychose a donc déjà une durée de deux années environ. On est en droit de la dire chronique.

OBSERVATION X (personnelle).

Homme de 66 ans, célibataire, profession libérale, qu'il exerce encore.

Examen d'ensemble : Grand, bien constitué, maigre, mais musclé, vigoureux.

L'examen des diverses fonctions révèle de l'arythmie cardiaque sans bruits anormaux. Artériosclérose (radiale, humérale, temporale superficielle, dures; pouls intermittent, fort et serré). Pas de troubles digestifs. En arrière de chaque malléole, au pied gauche, traces cicatricielles d'une ostéo-arthrite tuberculeuse.

Intelligent, cultivé. Aimait les livres, surtout les ouvrages de philosophie ; a été fréquemment hanté par les problèmes de la métaphysique.

Pratiquait volontiers les exercices physiques : s'est adonné à la chasse, recherchait les courses au grand air, affectionnait les parties de campagne. Menait en somme une existence active et saine, au moins selon les apparences.

S'exprime clairement, avec aisance, avec distinction même ; a des expressions heureuses, parfois imaginées. Le jugement et la mémoire sont exacts et précis, sans défaillance. Le malade continue à faire son métier, peu pénible, mais parfois délicat. Il se rend d'ailleurs parfaite-

(1) J'ai reçu ce renseignement de l'asile.

ment compte de son état mental ; il l'analyse dans son langage et dans de courtes notes qu'il nous a remises, avec une acuité remarquable.

Antécédents pathologiques. — Mère et oncle maternel morts d'une maladie de cœur. Il a deux sœurs dont l'une, son aînée, est paralysée depuis deux ans.

Alors qu'il faisait ses études dans un lycée en qualité d'interne, il a eu plusieurs fois « le spleen », le regret douloureux de la famille ; ce malaise moral allait jusqu'aux larmes et jusqu'à l'incapacité de tout travail. Quoique ne manquant ni de gaité ni d'entrain, et nullement misanthrope, il a toujours été d'une sensibilité excessive, ressentant douloureusement les mauvaises paroles et les méchants procédés, et trouvant au contraire « un charme infini » — c'est son expression — dans les relations de franche camaraderie ou de bonne amitié ; un mot aimable, une appréciation flatteuse ou seulement juste, un service reçu le transportait de joie. La disparition d'un neveu qu'il adorait, qui marchait à ses côtés à l'armée de la Loire, et dont il n'a pu retrouver la trace pendant et après la guerre, lui a laissé un chagrin inconsolable ; c'est toujours avec une véritable angoisse que sa pensée s'est reportée vers cet événement.

A l'âge de 15 ans est survenue l'ostéo-arthrite tuberculeuse dont j'ai noté la trace.

Au lycée, et jusque dans un âge avancé, pratiques solitaires (masturbation), malgré un penchant normal pour les femmes.

En 1871, à la suite des fatigues et des privations endurées à l'armée de la Loire, catarrhe bronchique qui a duré dix ans, revenant chaque hiver et disparaissant à

la belle saison. Durant l'hiver de 1894-95, atteinte d'influenza avec complication pulmonaire.

Maladie actuelle. — Les premiers troubles cérébraux semblent remonter à quatre ou cinq ans. M. X. n'était plus le même : il ne voyait plus les choses comme avant ; il attachait de l'importance à des événements minimes ; il se sentait moins disposé à rechercher ses amis, plus enclin à la solitude. Mais il déclare que le vrai début du mal doit être rapporté à l'influenza. C'est à la suite de cette maladie infectieuse qu'aurait éclaté l'anxiété, la souffrance morale qui est le fond de l'état mental.

Cette douleur est constante, paroxystique ; elle n'a point d'objet, ou plutôt tout sert à l'alimenter.

Le malheureux n'a point de répit : pendant ses repas, au cours de ses occupations ordinaires, au milieu de la partie de cartes quotidienne qu'il fait avec deux ou trois amis fidèles, durant nos conversations, il souffre. « Mon « mal n'est pas ou n'est plus une maladie, écrit-il. C'est « un état provenant de l'usure du cerveau et de l'usure « du corps... Cet état a un fond : la plus noire mélanco-
« lie, délire sans fièvre qui me torture. La mélancolie,
« née avec moi, entretenue par toutes les circonstances
« de ma vie, irritée par tout ce que dans le mauvais lieu
« où je vis, isolé et inoccupé, je pense, vois, touche, re-
« grette, jalouse et appréhende, s'est exaltée dans la
« conscience que j'ai de mon état, de ma déchéance et
« de mon désastre. Elle s'appelle aujourd'hui le déses-
« poir ». Ailleurs voici comment il s'exprime encore :
« Le cerveau s'épuise, les nerfs crient dans un travail
« sans fin, occupé sans cesse à contempler et à analyser
« mon triste état. » Et il ajoute : « c'est comme une mas-
« turbation continuelle ».

La solitude, bien qu'il ait depuis longtemps une tendance marquée à fuir la société, lui est insupportable. « Je vis dans un isolement que toutes les heures appro-
« fondissent et où je me sens enfoncer comme dans un
« abîme. Le silence comme le bruit, le mouvement
« comme le repos me confondent et me détruisent. Toutes
« mes pensées, tous mes sentiments, toutes mes paroles
« me restent dans l'âme, s'y corrompent, s'y attristent,
« et retombent, comme un poids que je ne peux soule-
« ver, sur mon cœur ».

Les nuits sont généralement mauvaises ; le sommeil est lourd, souvent oppressé de cauchemars. Chaque matin, au réveil, se produit un paroxysme. Les journées, d'ailleurs, n'en sont pas toutes exemptes. Cela dure une à deux heures. J'ai assisté à deux d'entre eux. Je n'ai pas connu de spectacle plus poignant que celui de cette douleur authentique, se répandant en images saisissantes, en larmes, en cris, en prières, en imprécations violentes. L'angoisse est intolérable. Une fois sur trois le cœur paraît en être le point de départ (1). La crise résume en elle toute la maladie et met en relief ses principaux traits. Des idées d'indignité s'y font jour : M. X. déclare en gémissant qu'il n'est plus que l'ombre de lui-même, qu'il n'est plus bon à rien sur la terre, qu'il ne mérite même pas la pitié. Il s'accuse d'avoir laissé périr son neveu. Il se reproche d'avoir manqué sa vie, d'avoir gaspillé ses forces et dépensé vainement sa sensibilité ; et cette idée, véritable obsession, se représente sous sa plume aux heures de calme relatif (2).

(1) Il ne s'agit pas d'angine de poitrine.

(2) « Je suis né, j'ai vécu, je me suis entretenu, je me suis dépensé dans une exquise sensibilité, d'âme et de corps. C'est le

Il a des conceptions métaphysiques dans lesquelles je suis tenté de voir comme une ébauche des délires d'énormité et d'éternité de Cotard : il éprouve l'horreur de la vie ; mais il redoute la mort parce qu'elle ne lui donnera point le repos ; ses facultés et ses organes vont se dissocier et retourner aux éléments, — non pas au néant qui n'est qu'un mot, — et sa souffrance ainsi multipliée sera perpétuée dans l'infini de l'espace et du temps.

Tout le heurte péniblement, tout lui fait mal, durant les paroxysmes et en dehors d'eux. J'ai dit que la douleur était chez lui sans objet : il faut entendre sans objet particulier, exclusif. Mais laissons-le s'expliquer lui-même : « Une jalousie que je ne me connaissais pas me
« fait souffrir de tout ce qui compose la vie des autres,
« amis, ennemis, indifférents, inconnus. Leur santé, leur
« gaité, leurs plaisirs, leurs projets, leur activité, leur fortune, leurs maladies et leurs maux, leurs fautes, leur indigence, tout me paraît chez eux bonheur ou espérance.
« Tandis qu'en moi je constate *avec une lucidité d'esprit et de conscience qui m'effraye* et centuple ma souffrance,
« que tout est perdu et qu'il n'y a plus rien à espérer.
« La nature me tient, et rien ni personne ne me tirera
« du désordre où elle m'a mis corps et âme. Pas de guérison, pas de soulagement, pas de consolation. La
« mort, qui devrait m'apparaître comme un refuge, et
« qui sera inévitablement le terme, m'apparaît comme
« un pire mal et m'épouvante. Pour comble à ce martyre, je transporte les pénibles sensations que me fait
« endurer le contact des hommes, à toutes les choses,

principe de ma maladie, le grand facteur des souffrances d'esprit que j'endure ; c'est le démon qui me possède, me torture et m'entraîne à l'abîme ».

« animées et inanimées, auxquelles je touche par la vue
« réelle, par le souvenir, par le rêve, vivantes ou
« mortes, appartenant au passé, au présent, à l'avenir.
« Mon esprit est ballotté et déchiré, comme une feuille
« arrachée par le vent, dans une immensité et une éter-
« nité de peines. Cet état d'esprit explique bien les répu-
« gnances que j'éprouve à lire un journal ou un livre, à
« sortir au grand air, à toucher qui ou quoi ce ce soit :
« ces répugnances sont devenues des phobies ».

Cette citation est longue, mais elle est instructive. A qui sait lire, elle offre, avec les précédentes, autre chose qu'une page de style. Pour nous qui avons observé l'auteur, elle définit avec une grande précision et une scrupuleuse vérité de détails les sources multiples de la souffrance dont il se plaint. Toutes les perceptions présentes, quelles qu'en soient l'origine et la nature, les associations d'idées qu'elles éveillent, les souvenirs, l'image d'un effort quelconque à accomplir, constituent autant de causes de douleur. Le domaine entier de l'activité intellectuelle consciente se trouve atteint ; il ne s'y peut rien passer impunément ; de même que le fonctionnement d'un genou frappé d'arthrite affecte péniblement la sensibilité, de même ici tout mouvement du cerveau, organe pensant, a un retentissement douloureux dans la conscience. C'est l'*hyperesthésie psychique* de Foville ou la *névralgie psychique* de Krafft Ebing (1), si de pa-

(1) Cet auteur fait lui-même la critique de cette expression, dans la 3^e édition de son ouvrage, trad. Laurent, 1897.

reilles associations de mots ne sont pas des non-sens dans le langage de la psychologie morbide.

Je relève encore ce passage, au cours de la même citation : « Tandis qu'en moi je constate avec une lucidité d'esprit et de conscience qui m'effraie... » Voici donc un lypémaniaque anxieux qui se trouve plus lucide que jamais. Et cette constatation n'est pas là pour l'effet. Au milieu de nos conversations et dans ses notes, il est revenu plusieurs fois sur ce fait : « L'âme reste, écrit-il, plus intelligente et plus lucide... » Ailleurs, il s'exprime ainsi : « au fur et à mesure que la matière s'épuise, le sens de l'âme se déloppe ; loin de diminuer, les facultés intellectuelles augmentent. La conscience éveillée me fait voir ma malheureuse condition et toutes les misères du monde ». Dans une quatrième note, je découvre la même idée : « L'intelligence est plus vive, la conscience plus lucide ». Enfin, pour la cinquième fois, je la trouve sous la forme suivante : « L'âme, dans une lucidité effrayante, est torturée par la tristesse, les regrets... ».

C'est toujours la même chose, et l'on peut dire que la traduction est pauvre et monotone. Mais cette remarque ne diminue en rien l'intérêt du fait : il est des anxieux conscients qui, loin de se sentir déprimés, anéantis, au point de vue psychique, se trouvent par moment d'esprit plus alerte, plus clairvoyant, plus judicieux qu'autrefois. Cette particularité n'avait été jusqu'ici, du moins à ma connaissance, relevée par personne.

Bien entendu, les malades ne doivent pas être crus sur parole. C'est ainsi que chez M. X. j'ai constaté une réelle paresse à sortir de l'unique sujet qui désormais le préoccupe : sa folie. Le champ de son activité intellectuelle est très limité, bien que la mémoire paraisse intacte sur les événements importants du passé. Il n'a plus d'appétit pour rien, dans le domaine des idées ; il se désintéresse entièrement des questions qui l'attiraient autrefois, arts, sciences, littérature, affaires générales et locales. Il fait son métier machinalement, strictement, par habitude et par nécessité, et toute son attention est concentrée sur les impressions anormales qu'il éprouve.

En somme, et en dépit du style, M. X. présente un réel affaiblissement des facultés, un état de sénilité précoce, dû au genre de vie anormal (il a changé plusieurs fois de métier), aux préoccupations matérielles (embarras d'argent, nécessité absolue de travailler pour subsister, à un âge déjà avancé), à des habitudes solitaires. Le terrain est manifestement névro-pathique. De plus, les maladies du cœur chez les ascendants, l'hémiplégie de la sœur, l'artériosclérose du sujet, révèlent un système circulatoire défectueux. Cet ensemble de conditions suffisent à préparer une vésanie. L'infection la plus banale, la grippe par exemple, pourra déterminer ou précipiter les troubles cérébraux : et c'est ce qui s'est produit dans le cas particulier.

La lypémanie anxieuse a pris chez M. X. un aspect inaccoutumé. Mais je me suis efforcé, au cours de

l'observation, de mettre en relief les traits essentiels de la psychose. Si les opérations mentales ne sont pas complètement entravées, si la vie de relation est encore possible, c'est à cause de la résistance plus grande des centres nerveux. Si la souffrance, l'an-goisse, ont un accent plus profond et se traduisent avec plus d'éloquence, d'éclat, cela tient à la richesse de la culture cérébrale et des éléments de la personnalité. C'est dans de pareils cas que le mot de *douleur morale* trouve son emploi : ce qui, chez un individu non dégrossi, dans un cerveau fruste, n'est que de l'anxiété, phénomène purement affectif, s'enrichit chez l'intellectuel d'une note nouvelle, et s'élève à la dignité de douleur morale.

Quant à la marche de la psychose, qui dure depuis plusieurs années, il est inutile d'insister sur sa chronicité.

CONCLUSIONS

1° Il existe une maladie mentale, d'aspect bien particulier, que la plupart des auteurs confondent parmi les *états mélancoliques*, tandis que d'autres tendent à en faire toute la mélancolie. Sans rien préjuger de ses rapports réels ou supposés avec quelques formes d'aliénation, telles que l'hypocondrie, la dépression vésanique simple ou délirante, la confusion mentale, la stupeur et la stupidité, nous pensons qu'elle doit avoir sa place en nosologie, et nous estimons que la dénomination de *typémanie anxieuse* est celle qui lui convient.

2° Ce type clinique est caractérisé par un ensemble symptomatique dont les éléments principaux sont : l'anxiété, la douleur morale expansive, des craintes vagues, un sentiment d'humilité, d'indignité et de culpabilité, la difficulté des opérations intellectuelles, l'irrésolution, l'incapacité à se déterminer ; et, sur cette base affective et volontaire, des conceptions délirantes secondaires, qui peuvent manquer.

3° Les illusions sensorielles et les troubles de la sensibilité générale sont fréquents. Les malades présentent parfois des décharges psycho-motrices, intéressant la fonction du langage (*Hallucinations verbales motrices* de M. Séglas) ou dans la motilité générale (secousses dans les membres) Ils ont assez souvent des hallucinations visuelles, et plus rarement des hallucinations de l'ouïe, du goût et de l'odorat.

4° La présence au milieu de ces divers symptômes d'un délire hypocondriaque ou d'un délire de négation (*syndrome de Cotard*), aggrave généralement le pronostic. Dans certains cas chroniques et incurables, ces délires finissent par occuper toute la scène morbide. Mais fréquemment, la chronicité n'est marquée que par l'atténuation des signes ordinaires de la forme aiguë, avec ou sans transformation du délire.

5° La lypémanie anxieuse survient la plupart du temps sur un terrain vésanique ou névropathique, et la neurasthénie précède quelquefois son apparition. Diverses influences pathogènes, notamment les maladies infectieuses, les intoxications, sont capables de la créer de toutes pièces, mais dans un organisme ayant déjà subi des causes de déchéance, surmenage, chagrins, sénilité, etc.

6° Elle consiste essentiellement : au point de vue physique, en un trouble vaso-moteur et nutritif général ou exclusivement cérébral, déterminant un état pénible de la *cénesthésie* (sentiment fondamental de l'existence, Condillac) ; au point de vue psychique, en une dissociation de la personnalité, en un défaut

de contrôle et d'assimilation des états de conscience nouveaux.

7° La maladie est souvent curable, et sa durée est alors variable, de quelques semaines à quelques mois, un an ou davantage. Quand elle se prolonge, elle peut offrir des rémissions. Les récidives ne sont pas rares.

8° Le traitement est à la fois médical et moral. Le premier est du ressort de la thérapeutique ordinaire ; il a les mêmes indications, et il donne des résultats analogues. Le second est du domaine psychique ; il importe, dans son application, que le médecin envisage plus que jamais sa mission en psychologue et en philanthrope.

9° Comme la condition de ce double traitement est, pour la grande majorité des malades, l'internement dans les asiles publics, et que généralement l'installation et l'organisation de ces derniers ne permettent guère d'instituer une thérapeutique rationnelle, il conviendrait d'appeler de nouveau l'attention et la sollicitude des pouvoirs compétents sur l'hospitalisation des aliénés.

Vu le doyen :
BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,
A. JOFFROY.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- LUCAS. — *L'hérédité naturelle*, 1847.
- L. FEISSE. — *La médecine et les médecins*, 1857.
- MOREAU DE TOURS. — *Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*, 1859.
- GRIESINGER. — *Maladies mentales*, trad. Doumic, 1865.
- MAIRET. — *Démence mélancolique*, Paris, chez Masson, 1883.
- G. BALLET. — *Intérieur, thèse d'agrégat*, 1886.
- J. SOURY. — *Fonctions du cerveau*, 1886.
- RIBOT. — *Maladies de la personnalité*, 1885. — *Maladies de la mémoire*, 1886. — *Maladies de la volonté*, 1887. — *Les sentiments*, 1896.
- CH. FÉRÉ. — *La famille névro-pathique*, in *Arch. de neurologie*, 1884. — *Pathologie des émotions*, 1892.
- ROVALEWSKI, DE KHARKOFF. — *Psychiatrie*, 1887.
- SCHÜLE. — *Traité des maladies mentales*, traduit par Dagonet, 1888.
- P. JANET. — *Automatisme psychique*, *Revue philosoph.* avril 1891.
- BOUVERET. — *La neurasthénie*, 1891.
- MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les mal. mentales*, Paris 1893.
- MEYNERT. — *Maladies cliniques du cerveau antérieur*.
- KROEPLIN. — *Maladies mentales*.
- KRAFFT-EBING. — *Maladies mentales*, traduit. Laurent, 1897.
- MANTEGAZZA. — *Physiologie de la douleur*.
- LANGE. — *Les émotions*, traduit par G. Dumas, 1895.

- G. DUMAS. — La joie et la tristesse, *Revue philosophique*, 1896, n^{os} 6, 7 et 8.
- MAURICE DE FLEURY. — Pathogénie de l'épuisement nerveux. *Revue de médecine*, février 1896. — La tristesse et son traitement, *Nouvelle Revue*, août 1896.
- ROUBINOVITCH DE TOULOUSE. — *La Mélancolie*, Paris, 1897.
- PARIS, DE MARÉVILLE. — Observation de mélancolie anxieuse avec délire de persécution et idées de négation, *Ann. Méd. Psych.* 1881.
- SÉGLAS. — Délire de pensée et mélanc. anx. (idem, 1889).
- SÉGLAS. — Hallucin. psycho-motrice, *Progrès médical*, août 1888. — *Troubles du langage chez les aliénés*, Paris, 1892.
- ROUBINOVITCH. — Halluc. verbales psycho-motrices, *Ann. méd. psych.* 1893, t. XVII.
- SÉRIEUX. — *Une observat. d'hallucin. psycho-motrice dans la paralysie générale*, communic. à la Soc. méd. de Belgique, 1894.
- LADAME de Genève. — *Des psychoses après l'influenza*, 1890.
- JULIUS ALTHAUS. — Psychoses consécut. à l'influenza (*The journal of mental science*, avril 1893).
- TOULOUSE. — Psychoses post-influenziques (*Gaz. des hôp* 1893).
- Thèses de Paris :
- CHASTENET. — *Essai sur les mélancoliques anxieux*, 1890.
- VIGOUROUX. — *Résistance électrique chez les mélancoliques*, 1890.
- TOULOUSE. — *Mélancolie sénile chez la femme*, 1891.
- CHATENET. — *Mélancolie dans ses rapports avec le mal utérin* 1893.
- REVERTIGAT. — *Hallucination dans la mélancolie*, 1893.
- G. DUMAS. — *Etats intellectuels dans la mélancolie*, 1894.
- DHEUR. — *Etat de la sensibilité dans la mélancolie*, 1897

